



UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



Profissão: Educador de Saúde

***Opinião de docentes, não docentes e profissionais de saúde
relativamente à formação profissional
e específica de Educadores de Saúde***

Dissertação elaborada com vista à obtenção do
Grau de Mestre em Ciências da Educação na
Especialidade de Educação para a Saúde

Orientadora: Professora Doutora Ana Luísa Dias Quitério

Júri:

Professor Doutor José Manuel Fragoso Alves Diniz, Presidente
Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões, Vogal
Professora Doutora Ana Luísa Dias Quitério, Vogal

Hélia Margarida Nora Gabriel

2013

UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA

Profissão: Educador de Saúde

***Opinião de docentes, não docentes e profissionais de saúde
relativamente à formação profissional
e específica de Educadores de Saúde***

Dissertação elaborada com vista à obtenção do
Grau de Mestre em Ciências da Educação na
Especialidade de Educação para a Saúde

Orientadora: Professora Doutora Ana Luísa Dias Quitério

Hélia Margarida Nora Gabriel

2013

RESUMO

Com o objetivo de conhecer a opinião de docentes, não docentes e profissionais de saúde relativamente à formação profissional e específica no âmbito da Educação para a Saúde (EpS) efetuou-se um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, utilizando a análise temática de conteúdo.

Realizou-se uma entrevista semiestruturada a uma amostra de 39 sujeitos (dez docentes e onze assistentes operacionais de escolas básicas e secundárias, nove enfermeiros e nove médicos de cuidados de saúde primários) com idades entre os 24 e 62 anos.

Os resultados revelaram que 22 sujeitos (maioritariamente profissionais do contexto escolar) consideraram pertinente a existência de um grupo profissional de educadores de saúde, enquanto 15 (maioritariamente profissionais de saúde) discordaram, dos quais oito (um docente, três enfermeiros e quatro médicos) referiram a criação de uma especialidade em vez de uma profissão.

Transversalmente a todos os grupos profissionais, 25 sujeitos definiram educador de saúde como alguém que aconselha e ensina relativamente à manutenção da saúde e comportamentos saudáveis; 30 sujeitos consideraram a EpS extremamente importante na sua profissão; 32 sujeitos identificaram-se como educadores de saúde no exercício das suas funções.

As respostas foram similares entre grupos profissionais, embora influenciadas pelos contextos laborais.

Sugere-se formação em EpS para melhorar os conhecimentos específicos dos sujeitos do estudo nesta área.

Palavras-chave: promoção da saúde, educação para a saúde, estilos de vida saudáveis, determinantes de saúde, escolas promotoras de saúde, cuidados de saúde primários, educador de saúde

ABSTRACT

With the aim to know teachers, operational assistants and health professionals opinions, with respect to Health Education specific training, was performed a descriptive study with qualitative approach using thematic content analysis.

A semi structured interview was conducted to 39 subjects (10 teachers and 11 operational assistants from basic and high schools, plus 9 nurses and 9 doctors from primary health care) all aged between 24 and 62 years.

The results revealed that 22 subjects (mostly school professionals) considered important the existence of professional health educators group, while 15 (mainly health professionals) disagreed, eight of these (one teacher, three nurses and four doctors) defending the creation of a specialty rather than a profession.

Across all professional groups, 25 subjects defined health educator as someone who advises and teaches health maintenance and healthy behaviors; 30 subjects considered health education extremely important in their profession; 32 subjects identified themselves as health educators in the exercise of their duties.

The responses were similar between professional groups, although influenced by the labor contexts.

It is suggested health education training to improve specific knowledge of studied subjects about this theme.

Keywords: health promotion, health education, healthy lifestyles, health determinants, health promoting schools, primary health care, health educator

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os que, direta ou indiretamente, tornaram possível a realização deste trabalho, nomeadamente:

- à Professora Doutora Ana Quitério pela ajuda e disponibilidade ao longo da realização do trabalho
- aos assistentes operacionais, professores, enfermeiros e médicos que aceitaram o desafio e despenderam do seu tempo para colaborarem comigo
- aos responsáveis dos locais onde foi realizado o estudo, que sem a autorização dos mesmos não teria sido possível
- à minha família por todo o apoio, incentivo e compreensão durante a realização deste trabalho, principalmente nos momentos de maior ausência
- ao meu marido pelo suporte, ânimo, carinho e companhia durante esta jornada

Dedicado à minha querida avó, que perdi durante este percurso. Uma verdadeira força da natureza e uma estrelinha que me guia do céu e me dá força para continuar o meu caminho pessoal e profissional e sem a qual não seria quem sou hoje. Um dia serei uma grande mulher como tu!

ABREVIATURAS

ed. – edição
et al. – *et alli*
N.º – Número
n.º – número
n.d. – no date
p. – página
vol. – volume

SIGLAS

AO – Assistente Operacional
ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
ACS – Agentes Comunitárias de Saúde
AJHS – American Journal of Health Studies
CDC – Centers for Disease and Control
CSP – Cuidados de Saúde Primários
CHES – Certified Health Education Specialist
CNHEO – Coalition of National Health Education Organizations
CompHP – Developing Competencies and Professional Standards for Health Promotion
Capacity Building in Europe
DGIDC – Direção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular
EpS – Educação para a Saúde
EUA – Estados Unidos da América
EUMAHP – European Masters in Health Promotion
EURACT – European Academy of Teachers in General Practice
HBSC – Health Behavior in School-aged Children
REEPS – Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde
NCHEC – National Commission of Health Education Credentialing
OMS – Organização Mundial de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitárias de Saúde

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar
SHE - Schools for Health in Europe
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SOPHE – Society for Public Health Education
SPSS – Statistical Package for Social Sciences
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UE – Unidade de Enumeração
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UNESCO – United Nations Educational Scientific and Cultural Organization
UR – Unidade de Registo
USF – Unidade de Saúde Familiar
URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
OMS/Europa - Comissão Regional da Europa da Organização Mundial de Saúde

Índice

Resumo	ii
Abstract	iii
Agradecimentos	iv
Abreviaturas e Siglas	v
Índice de Tabelas	viii
Índice de Quadros	viii
1. <u>INTRODUÇÃO</u>	9
2. <u>REFERENCIAL TEÓRICO</u>	14
2.1 – SAÚDE, PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	14
2.1.1 – Enquadramento Histórico e Social das definições de Saúde, Promoção da Saúde e Educação para a Saúde	14
2.1.2 – Determinantes de Saúde	24
2.2 – CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E SEUS ATORES	27
2.3 – ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE	33
2.4 – EDUCADORES DE SAÚDE	41
2.4.1 – Definição de Educador de Saúde	41
2.4.2 – Responsabilidades e Competências do Educador de Saúde	46
3. <u>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</u>	54
3.1 – TIPO E DESENHO DO ESTUDO	54
3.2 – AMOSTRA DO ESTUDO	55
3.3 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	56
3.4 – TRATAMENTO DOS DADOS	56
4. <u>APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</u>	58
4.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	58
4.2 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS	58
5. <u>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</u>	103
6. <u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	156
7. <u>SUGESTÕES</u>	161
8. <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	162
Legislação Consultada	173

ANEXOS	175
Anexo I - Responsabilidades, Competências e Sub-Competências dos Educadores de Saúde	176
Anexo II - Áreas de Responsabilidade, Competências e Sub-Competências de um Especialista em Educação para a Saúde	187
Anexo III - Guião da Entrevista e Caracterização do Participante	196
Anexo IV - Pedidos de autorização às instituições para realização do estudo	199
Anexo V - Formulário de Consentimento Informado para a realização da entrevista	203
Anexo VI - Caracterização da amostra do estudo	205

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Necessidade de formação específica na área da EpS por grupos profissionais	77
Tabela 2 - Necessidade da existência de um grupo profissional de educadores de saúde por grupos profissionais	94
Tabela 3 - Importância da EpS na prática profissional por grupo profissional	95

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Responsabilidades dos educadores de saúde	51
Quadro 2 - Áreas de responsabilidade dos especialistas em educação para a saúde	52
Quadro 3 - Definição de saúde	59
Quadro 4 - Conceito de educar para a saúde	62
Quadro 5 - Definição de educador de saúde	65
Quadro 6 - Auto identificação como educador de saúde na profissão	70
Quadro 7 - Necessidade de formação específica na área da EpS	74
Quadro 8 - Características e competências de um educador de saúde	79
Quadro 9 - Principais funções de um educador de saúde	83
Quadro 10 - Necessidade de um grupo profissional de educadores de saúde	88
Quadro 11 - Importância da EpS na profissão dos entrevistados	96

1 – INTRODUÇÃO

A saúde, entendida como um “estado completo de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença” é reconhecida como um direito humano fundamental das populações e o alcance de níveis ótimos de saúde é o mais importante dos objetivos mundiais, cuja realização requer a ação dos setores sociais e económicos em adição ao setor da saúde (Organização Mundial de Saúde, OMS 1978).

A conferência internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, realizada em Setembro de 1978, em Alma-Ata, no Cazaquistão sob o tema *Saúde para Todos no Ano 2000*, deu origem à *Declaração de Alma-Ata* onde foi dada uma nova direção às políticas de saúde, enfatizando a participação comunitária, a cooperação entre diferentes setores da sociedade e os cuidados de saúde primários como seus fundamentos conceptuais, reconhecendo a saúde como um objetivo social fundamental que permita uma vida saudável e economicamente produtiva. Nesta conferência foi estabelecida como meta de saúde para o ano 2000, que todos os povos do mundo deveriam atingir um nível de saúde que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva e atribuída a responsabilidade aos governos pela saúde das suas populações (OMS, 1978).

Em 1984 a OMS/Europa aprovou as metas regionais da *Saúde para Todos* sob as quais deveriam assentar as bases da política de saúde dos vários estados membros. Ao longo dos anos o documento *Saúde para Todos* tem vindo a sofrer atualizações, mantendo sempre alguns objetivos principais: a obtenção do máximo potencial de saúde de cada um, diminuição das diferenças entre países relativamente à saúde das suas populações e chamada à responsabilidade de todos os intervenientes – sociedade, indivíduos, governos. Na visão descrita neste documento, referem-se quatro tipos de estratégias que deverão contribuir para a melhoria da saúde das sociedades – tratamento do indivíduo, prevenção da doença, promoção de estilos de vida saudáveis e intervenção sobre os determinantes de saúde (OMS, 2005b).

O conceito de Promoção da Saúde começa a tomar forma durante a conferência de Alma-Ata. Posteriormente, na primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em Novembro de 1986, foi aprovada a *Carta de Ottawa*, que continha as orientações para atingir a *Saúde para Todos no Ano 2000* e

anos seguintes. A conferência de Ottawa foi essencialmente uma resposta às expectativas de se conseguir um novo movimento de Saúde Pública a nível mundial. As discussões centraram-se nas necessidades dos países industrializados, mas também tomaram em consideração todas as outras regiões.

A Carta de Ottawa afirmou o conceito de Promoção da Saúde como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde incluindo uma maior participação do indivíduo no controle desse processo, propondo a seguinte definição: *“a Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar”* (OMS, 1986).

A Promoção da Saúde é uma área cada vez mais pertinente tendo em conta os benefícios inerentes: investir na Promoção da Saúde é sinónimo de aumentar os ganhos na saúde, reduzir as desigualdades, promover os direitos fundamentais do ser humano e o desenvolvimento social.

Constituindo-se como uma estratégia da Promoção de Saúde, a Educação para a Saúde (EpS) pode ser definida como *“qualquer combinação de experiências de aprendizagem desenhadas para facilitar adaptações voluntárias de comportamentos conducentes à saúde”* (Green et al., 1980).

A EpS deve facultar aos cidadãos conhecimentos para a manutenção da saúde, bem como para a prevenção e identificação precoce da doença, sendo indispensável para indivíduos e comunidades alcançarem um estado satisfatório de saúde e bem-estar (Guedes, Silva & Freitas, 2004). Complementarmente, deve ser vista como um processo interativo do sujeito reconhecido e aceite pela comunidade, em que este adquire uma postura de participação ativa e de parceria com responsabilidades na determinação da sua própria saúde e qualidade de vida (Carvalho & Carvalho, 2006 com base em Amorim, 1999).

Poderão então ser considerados, por todas as suas características, palcos ideais de implementação da EpS as escolas e os cuidados de saúde primários.

A declaração de Alma-Ata privilegiou os Cuidados de Saúde Primários como cenário ideal para educação sobre os principais problemas de saúde e os métodos de prevenção e controlo dos mesmos, dando importância primordial à informação e à EpS. Os cuidados de saúde primários são parte integrante do sistema de saúde de cada país, sendo o primeiro nível de contacto dos indivíduos, família e comunidade com o sistema

de saúde, aproximando os cuidados de saúde aos locais onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento dos cuidados de saúde (OMS, 1978).

No documento *Saúde 21*, foram estabelecidas metas de saúde a atingir nos anos seguintes, tendo a promoção da saúde e dos estilos de vida saudáveis uma abordagem privilegiada no ambiente escolar, que deverá “*promover a saúde física, emocional e social dos estudantes, funcionários, famílias e comunidades em geral.*” (OMS, 1998).

A abordagem global da escola e o reconhecimento de que todos os aspetos da vida da comunidade escolar são potencialmente importantes para a promoção da saúde é algo que tem vindo a ser reconhecido desde há cerca de 20 anos a esta parte (*United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO), 1998).

Profissionais competentes com as aptidões, capacidades e habilidades para traduzir as políticas e pesquisa na área, para a ação propriamente dita são vitais para o crescimento futuro e o desenvolvimento da Promoção da Saúde.

A EpS – muitas vezes confundida com a Promoção da Saúde – é uma das componentes mais importantes para a Promoção da Saúde. Prova desta importância é a existência, em alguns países, de Educadores de Saúde: profissionais com formação e competências específicas na área da EpS, que trabalham exclusivamente na área da EpS, em estreita relação com a comunidade.

Muitos dos profissionais de saúde e de educação que exercem esta função na prática não estão familiarizados com o corpo de conhecimentos e teorias relacionados com a EpS, sendo que, frequentemente esta área não corresponde aos seus interesses primários.

A promoção de boas estratégias de promoção e educação para a saúde depende da produção de conhecimento pertinente resultante de investigação científica rigorosa e atual (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005).

A EpS poderá ser utilizada para melhorar o *status* de saúde de indivíduos, famílias, comunidades e em última instância do país, através da melhoria da qualidade de vida e da redução das mortes prematuras. Sendo a prevenção o foco da EpS, esta reduz os custos humanos e financeiros em tratamentos (CNHEO, n.d.).

É determinante que na EpS sejam tidos em consideração os fatores sociais, ambientais e económicos que determinam a saúde das populações – determinantes de saúde – sendo imprescindível a capacitação destas para poderem alterar ou contornar estas condições de modo a que seja atingido um estado de saúde pleno. A educação

mais eficaz consiste em ajudar os indivíduos e comunidades a tomar decisões com mais segurança e a ampliar o seu campo de opções (UNESCO, 1998).

Nas questões de saúde globais, e tendo em conta a perspetiva da prevenção, as ações de Educadores de Saúde revelam-se imprescindíveis, sendo cada vez mais necessário oferecer a estes profissionais os instrumentos pedagógicos necessários para que sejam capazes de colocar em prática intervenções eficientes e eficazes na promoção da saúde das populações (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005).

Os profissionais devem dominar metodologias que conduzam à habilitação dos cidadãos para que usufruam os recursos da comunidade, incluindo os da saúde. Neste contexto, a formação profissional e a investigação revestem-se de uma importância fulcral (Loureiro & Miranda, 2010).

No contexto do Mestrado em Ciências da Educação – Especialidade de Educação para a Saúde surgiu a elaboração de um projeto de investigação na área da EpS, cujo domínio foi definido como *“Profissão: Educador de Saúde”* onde é abordada a problemática *“Opinião de docentes, não docentes e profissionais de saúde relativamente à formação profissional e específica de Educadores de Saúde”*.

O tema relativo a este estudo – *Opinião de docentes, não docentes e profissionais de saúde relativamente à formação profissional e específica de Educadores de Saúde* – surgiu, para além do que foi já acima referido e que comprova a importância da EpS como parte integrante da Promoção da Saúde, pela necessidade de investigação na área da EpS, uma vez que foi demonstrada a necessidade de intervenção na prevenção da doença e promoção da Saúde.

As razões da escolha do tema prenderam-se com o facto de o Educador de Saúde ser uma profissão inexistente em Portugal, sendo os profissionais de saúde e de educação, maioritariamente, a assumir esta função.

A elaboração deste estudo é pertinente na medida em que poderá ajudar a uma reflexão acerca da área da EpS e acerca da necessidade de existência ou não, de um grupo profissional de Educadores de Saúde, com um corpo de conhecimentos técnico-científicos específicos que atuam em cenários como as escolas, organizações não governamentais, hospitais, na comunidade e departamentos de saúde governamentais fazendo o levantamento de necessidades de EpS de uma determinada população, indivíduo ou comunidade, delineamento de estratégias adequadas à mesma e avaliação do resultados obtidos. Estas estratégias têm sempre como objetivo final levar o alvo da

intervenção a tomar decisões saudáveis relativamente aos seus comportamentos e hábitos (Bureau of Labor Statistics, 2012).

Segundo Fortin (1999, p.52) “*uma questão de investigação é uma interrogação explícita relativa ao domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações*”. Assim sendo, foi considerada como questão de investigação “*Qual a opinião de Docentes, Não Docentes e Profissionais de Saúde acerca da necessidade da formação profissional e específica de Educadores de Saúde?*”

Assim, o objetivo geral do presente estudo foi conhecer a ***Opinião de docentes, não docentes e profissionais de saúde relativamente à formação profissional e específica de Educadores de Saúde.***

Foram estabelecidas como objetivos específicos:

- ✓ conhecer a definição que docentes, não docentes os profissionais de saúde têm do conceito de *educador de saúde*;
- ✓ nomear as principais competências e características de um educador de saúde na opinião dos docentes, não docentes e profissionais de saúde;
- ✓ nomear as principais funções inerentes a um educador de saúde na opinião dos profissionais de saúde, docentes e não docentes;
- ✓ identificar se os docentes, não docentes e profissionais de saúde se consideram educadores de saúde na sua prática profissional;
- ✓ saber se os docentes, não docentes e profissionais de saúde consideram necessária a existência de um grupo profissional de educadores de saúde.

De forma a ir de encontro a estes objetivos foi realizado um estudo descritivo de abordagem qualitativa.

O presente trabalho encontra-se dividido em três capítulos. O primeiro capítulo corresponde ao referencial teórico construído com base na revisão da literatura realizada, fazendo parte integrante do mesmo três subcapítulos: Saúde, Educação para a Saúde e Promoção da Saúde; Educadores de Saúde; Escolas Promotoras de Saúde; Cuidados de Saúde Primários.

No segundo capítulo procurou-se descrever o percurso metodológico utilizado na realização do estudo.

O terceiro capítulo corresponde à apresentação dos resultados, sendo os mesmos discutidos no quarto capítulo.

Por fim nos capítulos quinto e sexto são apresentadas as considerações finais e sugestões.

2 - REFERENCIAL TEÓRICO

2.1– PROMOÇÃO DA SAÚDE e EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

2.1.1 – Enquadramento Histórico e Social das definições de Saúde, Promoção da Saúde e EpS

De forma a contextualizar a abordagem dos conceitos de Promoção da Saúde e EpS, procedeu-se à explicitação e análise do conceito de Saúde e respetivas modificações sofridas ao longo da História.

SAÚDE

A saúde, como qualidade ou estado pessoal, tem sido muito valorizada e procurada ao longo da história da humanidade, sendo alvo de várias tentativas de definição e mensuração precisas.

A conceção mágico-religiosa da saúde partia do princípio de que a doença resultava da ação de forças alheias ao organismo que o dominavam devido a pecado ou de maldição. Mais tarde, a doença foi vista como sinal de desobediência ao mandamento divino, tal como para os antigos hebreus. A medicina grega representou uma viragem na maneira de encarar a doença, sendo que na mitologia grega várias divindades estavam vinculadas à saúde. Essa visão religiosa antecipou o aparecimento de Hipócrates, que via o homem como uma unidade organizada e entendia a doença como uma desorganização desse estado. No Oriente, a conceção de saúde e de doença falava de forças vitais que existiam no corpo: quando funcionavam de forma harmoniosa, havia saúde, caso contrário, doença (Scliar, 2007).

Ainda com base em Scliar (2007) na Europa, na Idade Média, a influência da religião cristã manteve a conceção da doença como resultado do pecado e a cura como questão de fé. Descartes, no século XVII, defendia um dualismo mente-corpo, como uma máquina. Em 1826, Villermé, publicou um relatório analisando a mortalidade nos diferentes bairros de Paris concluindo que era condicionada sobretudo pelo nível de renda.

Ao longo da História foram surgindo variados e distintos conceitos de saúde, não havendo um conceito universalmente aceite. Para tal seria necessário um consenso entre

as nações, possível de obter somente num organismo internacional. A Liga das Nações, surgida após o término da Primeira Guerra, não conseguiu esse objetivo. Foi necessário haver uma Segunda Guerra e a criação da Organização das Nações Unidas e da Organização Mundial da Saúde (OMS), para que isto acontecesse (Scliar, 2007).

A saúde foi então definida como um conceito positivo, um recurso cotidiano que implica, tal como referiu a OMS na sua Carta Magna, *“um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”* (OMS, 1946).

Com base em Scliar (2007) este conceito refletia um objetivo com origem nos movimentos sociais do pós-guerra: o fim do colonialismo e a ascensão do socialismo. O conceito de saúde deveria demonstrar o direito a uma vida plena, sem carências.

Lalonde, Ministro da Saúde e Bem-Estar do Canadá, reconheceu as dificuldades de acesso à assistência médica enfrentadas pela população, assistência essa que se tinha vindo a tornar cada vez mais dispendiosa, apesar dos avanços tecnológicos atingidos. Ordenou então a realização de alguns estudos, publicados no Relatório Lalonde (1974), que evidenciaram que os problemas identificados tinham origem no modelo biomédico então utilizado na prestação de cuidados de saúde e que, até então, não envolvia os aspetos socioeconómicos, políticos e culturais que influenciam o processo saúde-doença, deixando de lado a educação e a promoção da saúde. Era emergente melhorar a situação identificada, havendo então lugar à reorientação dos serviços de saúde, dando a devida importância a fatores como a poluição ambiental e o comportamento humano ou estilo de vida (Pelicioni & Pelicioni, 2007).

Boorse, em 1977, em resposta e em objeção ao conceito de saúde da OMS – em que a saúde seria algo ideal e inatingível e que poderia ser uma porta para abusos por parte do Estado (que poderia vir a intervir na vida dos cidadãos com o pretexto de promover a saúde) defendeu o conceito de saúde como ausência de doença (Scliar, 2007).

A OMS “ripostou” aquando da Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde realizada em Alma-Ata, em 1978: foram enfatizadas as desigualdades abismais na situação de saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos, destacando a responsabilidade governamental na provisão da saúde e a importância fulcral da participação dos indivíduos e comunidades no planeamento e implementação dos cuidados de saúde (Scliar, 2007).

Outra definição de saúde foi descrita por Déjours (1993), citado por Carvalho & Carvalho (2006, p.7): *“saúde é a capacidade de cada homem, mulher ou criança criar e lutar pelo seu projecto de vida, pessoal e original, em direcção ao bem-estar”*. Este conceito tem em conta a capacidade funcional do ser humano e introduz a indicação de géneros e grupos etários, assim como a individualidade de cada pessoa na luta pelo atingir dos seus objetivos de vida.

Rodrigues, Pereira & Barroso (2005, p.11), baseando-se em Turabián & Franco (2001), referiram a dificuldade de conceptualização do conceito, afirmando que a saúde seria uma abstração, uma vez que não existe algo sem ser a própria saúde de cada um, sendo esta definida como *“a capacidade de apropriação por parte do ser humano do seu próprio corpo e a capacidade de integrá-lo no projecto autónomo de vida que cada um forja”*.

Em última instância a saúde de cada pessoa depende do seu projeto de vida, do seu conceito de felicidade e da sua forma particular de estar no mundo (Rodrigues, Pereira & Barroso 2005).

PROMOÇÃO DA SAÚDE

A importância dos processos de promoção da saúde e de EpS é inegável e tem sido reconhecida através dos tempos por diferentes autores como fator imprescindível para a melhoria da qualidade de vida (Carvalho & Carvalho, 2006).

Confusões entre estes termos têm provocado desentendimentos e afetado a qualidade de discussões técnicas que dizem respeito a intervenções sociais na área de saúde pública. Para eliminar algumas delas é preciso conhecer, em primeiro lugar, o significado dos conceitos envolvidos.

Loureiro & Miranda (2010) referem que o termo Promoção da Saúde tem vindo a ser utilizado indiferentemente do termo EpS. Tones & Tilford (1994), referidos por Loureiro & Miranda (2010), propuseram uma fórmula que coloca as diferenças em destaque e que mostra que a EpS é uma das componentes da Promoção da Saúde e que não pode desconectar-se de políticas adequadas:

$$\text{Promoção da Saúde} = \text{educação para a saúde} \times \text{políticas consistentes com o investimento em saúde}$$

Esclarecendo conceitos, a EpS é um dos pontos-chave e uma das áreas de atuação da Promoção da Saúde.

Em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários realizada em Alma-Ata, sob o tema *Saúde para Todos no Ano 2000*, sublinhou a necessidade de ação urgente por parte de todos os que trabalham nas áreas da saúde e do desenvolvimento e da comunidade em geral. A Promoção da Saúde teve um papel de destaque nesta conferência, tendo sido definidas 21 Metas para a Promoção da Saúde, pela OMS. Nesta conferência, a saúde foi considerada um conceito positivo que dá ênfase aos recursos sociais e pessoais, bem como às capacidades físicas. A paz, habitação, educação, alimentação, salário, ecossistema estável, recursos sustentados, justiça social e equidade foram considerados pré-requisitos para a saúde (Loureiro & Miranda, 2010). Ainda nesta conferência, os cuidados de saúde primários foram considerados como “(...) *cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade (...) Fazem parte integrante do sistema de saúde do país e representam o primeiro nível de contacto com dos indivíduos, da família e da comunidade, com o sistema nacional de saúde*”(OMS, 1978).

Baseada no reconhecimento de que a saúde é um objetivo social primordial, a Declaração de Alma-Ata instituiu uma nova orientação para as políticas de saúde, dando especial ênfase ao envolvimento das pessoas, à cooperação entre os vários setores da sociedade e à criação dos Cuidados de Saúde Primários.

A Carta de Ottawa, resultante da 1ª Conferência Internacional para a Promoção da Saúde, realizada na cidade de Ottawa, Canadá, em 1986, teve como base os progressos decorrentes da Declaração de Alma-Ata, sobre os Cuidados de Saúde Primários, o documento da Organização Mundial *As Metas da Saúde para Todos* e um debate na Assembleia Mundial de Saúde sobre a ação intersetorial para a saúde. Esta Carta lançou um desafio dirigido a uma nova saúde pública, sublinhando a justiça social e a equidade como pré-requisitos para a saúde, e a advocacia e a mediação como processos para a atingir.

A Promoção da Saúde, sugerida pela OMS (1986) e tal como é descrita na Carta de Ottawa, constitui “*o processo de habilitação das pessoas para assumirem o controlo da sua saúde e seus determinantes e consequentemente melhorar a sua saúde*”, sendo uma função fundamental na saúde pública.

A OMS (1986) na Carta de Ottawa descreveu algumas ações que permitiriam a Promoção da Saúde:

1. estabelecimento de políticas públicas saudáveis
2. criação de ambientes favoráveis à saúde
3. *empowerment* e fortalecimento das ações comunitárias
4. desenvolvimento de habilidades pessoais
5. reorientação dos serviços de saúde

Os participantes nesta Conferência assumiram também alguns compromissos para a Promoção da Saúde, sendo eles (OMS, 1986):

*“- intervir no domínio das políticas públicas saudáveis e advogar, em todos os sectores, um claro compromisso político para a saúde e equidade;
- contrair as pressões a favor dos produtos nocivos e da depleção de recursos, das más condições de vida, dos meios insalubres e da má nutrição; e centrar a atenção em temas de saúde pública, tais como a poluição, os riscos ocupacionais, as condições de habitação e os aglomerados populacionais(...);
- combater as desigualdades em saúde, dentro e entre diferentes grupos sociais e comunidades (...);
- reconhecer as pessoas e as populações como o principal recurso de saúde; apoiá-las e capacitá-las para se manterem saudáveis (...) e aceitar a comunidade como a voz essencial em matéria de saúde, condições de vida e bem-estar;
- reorientar os serviços de saúde e o modo como se organizam no sentido da promoção da saúde(...);
- reconhecer a saúde e a sua manutenção como o maior investimento e desafio social(...)”*

Posteriormente, em 1988 na 2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, decorrida em Adelaide, Austrália, sobre políticas públicas saudáveis deu-se continuidade às orientações estabelecidas em Alma-Ata e em Ottawa. As políticas públicas saudáveis foram caracterizadas por uma preocupação explícita com a saúde e a equidade, em todas as áreas, e por uma responsabilidade no que respeita ao impacto na saúde. O seu principal objetivo seria a criação de um ambiente favorável que permitiria às pessoas viverem saudavelmente. Estas políticas possibilitariam ou facilitariam a realização de escolhas saudáveis por parte dos cidadãos, ao mesmo tempo que tornariam os ambientes físicos e sociais mais favoráveis à saúde. Nesse sentido, os setores governamentais relacionados com a agricultura, o comércio, a educação, a indústria e as comunicações precisam de encarar a Saúde como um fator essencial na formulação das suas políticas (OMS, 1988).

Em 1991, na 3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Sundsvall, Suécia, sob a temática *Ambientes Favoráveis à Saúde*, deu-se continuidade a uma sequência de eventos que tiveram início com o compromisso da OMS relativamente às *Metas da Saúde para Todos no Ano 2000* (1977), a que se seguiu a Conferência de Alma-Ata sobre Cuidados de Saúde Primários (1978), e a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde nos Países Industrializados (Ottawa, 1986). A conferência analisou as temáticas da saúde e do ambiente, sublinhou a existência de milhões de pessoas a viver em extrema pobreza e privação, num ambiente progressivamente degradado e que ameaça a sua saúde. A Conferência de Sundsvall demonstrou uma vez mais que as questões de saúde, ambiente e desenvolvimento não podem ser separadas. O desenvolvimento deveria implicar uma melhoria da qualidade de vida e saúde, garantindo a preservação sustentável do ambiente. Só uma ação mundial, alicerçada em parcerias globais, poderia assegurar o futuro do nosso planeta (OMS, 1991).

Resumindo, nestas conferências houve um desenvolvimento do conceito da Promoção da Saúde, tendo sido feita uma abordagem deste e do conceito de proteção da Saúde de forma mais holística e transversal. Foi dado grande ênfase ao desenvolvimento de cenários favoráveis à Promoção de Saúde, tais como cidades saudáveis, escolas promotoras de saúde, municípios, hospitais e locais de trabalho procurando-se fortalecer a atuação e o protagonismo a nível local, incentivando a colaboração intersetorial e a participação social (OMS, 1998).

Em 1997, com vista a responder aos desafios da Promoção da Saúde no século XXI foi divulgada a Declaração de Jacarta sobre a Promoção da Saúde (OMS, 1997) e em 2000 teve lugar a 5ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, na Cidade do México (OMS, 2000).

Das ações recomendadas destacaram-se as seguintes:

- colocar a promoção da saúde como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais;
- assumir um papel de liderança para assegurar a participação ativa de todos os setores e da sociedade civil, na implementação das ações de promoção da saúde que fortaleçam e ampliem as parcerias na área da saúde;
- apoiar a preparação de planos de ação nacionais para promoção da saúde, se preciso utilizando a capacidade técnica da OMS e dos seus parceiros nessa área.

Estes planos variaram de acordo com o contexto nacional, mas seguiriam uma estrutura básica estabelecida nesta Conferência, podendo incluir entre outros:

- identificação das prioridades de saúde e estabelecer políticas e programas públicos para as implantar;
- apoio a pesquisas que ampliem o conhecimento sobre as áreas prioritárias;
- estabelecer ou fortalecer redes nacionais e internacionais que promovam a saúde (OMS, 2000).

Em 2005 houve ainda lugar à 6ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Bangucoque, identificando as ações, os compromissos e as promessas necessárias para abordar os determinantes da saúde num mundo globalizado através da promoção da saúde (OMS, 2005a).

A 7ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde foi realizada em 2009, Nairobi, Quênia, com o título *Promover a Saúde e o Desenvolvimento*. O fortalecimento do poder de liderança, financiamento adequado e o crescimento dos conhecimentos práticos dos promotores de saúde, incluindo a definição de competências acreditadas e padrões para a promoção da saúde foram áreas identificadas como alvo de intervenções necessárias (OMS, 2009).

As políticas governamentais dos países em geral, incluindo Portugal, têm vindo a ser orientadas pelos valores e princípios decorrentes destas conferências.

O Sistema Nacional de Saúde português, criado em 1979, como é referido no Decreto-Lei n.º 177/2009 de 4 de Agosto (p.5047) é “(...) *a entidade pública que garante a todos os cidadãos o direito constitucional à protecção e à promoção da saúde (...) decisivo para manter e melhorar os níveis de saúde de toda a população e contribuindo para o seu bem-estar e qualidade de vida*”.

Assim, o Ministério da Saúde (2004a), no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, apresentou como uma das ações prioritárias os ganhos em saúde, sendo que para atingir esse objetivo teria previstas ações como a prevenção, promoção da saúde e a ênfase nos cuidados de saúde primários. As estratégias de promoção da saúde enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho, que conformam a estrutura subjacente dos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial (Santos & Bógus, 2007).

A promoção da saúde, definida por Green & Kreuter (1991) indica “*qualquer combinação de educação para a saúde e respectivas intervenções a nível organizacional, político e económico destinadas a facilitar mudanças de*

comportamentos e do ambiente conducente à saúde” (p.4) Neste contexto, como referem Loureiro e Miranda (2010) Green desenvolveu, em conjunto com Kreuter, o modelo Preceder-Proceder, que tem vindo a ser utilizado mundialmente como guia para intervenções de promoção da saúde.

O termo Preceder baseia-se na premissa de que, tal como um diagnóstico médico antecede um plano de tratamento, um diagnóstico das necessidades de educação relativas ao problema identificado é imprescindível antes de desenvolver e implementar qualquer plano de intervenção. Mais tarde, o termo Proceder, correspondente ao delineamento da intervenção, foi acrescentado à equação, tendo em conta as políticas existentes, fatores ecológicos/ambientais e comportamentos de saúde referentes ao indivíduo/populações em causa (Loureiro & Miranda, 2010).

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Historicamente a EpS passou por várias etapas e diferentes abordagens relativas à sua própria execução dependendo do contexto em que se ia desenvolvendo.

Na Europa, desde a Idade Média, acreditava-se na importância da EpS em que se recomendava um regime alimentar correto, adequadas práticas de higiene e horas prolongadas de sono para que as pessoas vivessem mais (Pelicioni & Pelicioni, 2007).

O modelo higienista ou sanitário tornou-se a base conceptual para a EpS no século XX, debruçando-se as práticas de EpS apenas sobre as questões da salubridade básica e a vacinação (Rodrigues, 2009).

Uma das etapas da EpS foi identificada como informativa/prescritiva, encontrando-se definições conceptuais que implicam um processo de transmissão de informação com uma intenção percetiva. Trata-se da forma mais convencional de orientar atividades educativas. A existência de uma preocupação da medicina acerca dos comportamentos dos indivíduos e suas repercussões para a saúde deu origem a outro tipo de abordagem: uma EpS baseada no comportamento, sendo esta vista como uma série de intervenções destinadas a facilitar alterações nos comportamentos e estilos de vida. O seu objetivo é conseguir comportamentos saudáveis e proporcionar informação como parte do processo (Figuerola, Farías & Alfaro, 2004).

Com base em Souza et al. (2005) a EpS pode ser agrupada em dois modelos: o modelo tradicional e o modelo radical. O modelo tradicional, denominado também de preventivo, tem como o objetivo a prevenção de doenças, sendo a sua abordagem na

mudança de comportamento individual com base nas ideologias do individualismo e behaviorismo. Esta abordagem dificulta o desenvolvimento da competência crítica do indivíduo alvo da intervenção, já que parte do princípio que é necessário fornecer ao mesmo conhecimentos considerados importantes, sem que possam ser questionados e adaptados às suas necessidades. O modelo radical considera as origens dos problemas de saúde que necessitam de intervenção, apelando à identificação dos aspetos envolventes da realidade pessoal e comunitária que necessitam ser modificados, para que possam ser delineadas estratégias para este fim. Aqui, o educador de saúde tem a função de facilitador das descobertas e reflexões dos indivíduos sobre os aspetos a modificar, levando em consideração a relação entre o indivíduo e o ambiente envolvente, estimulando-os a agir sobre as próprias vidas.

A EpS deve ser um direito de todos os cidadãos em qualquer fase da sua vida, devendo começar na família, prolongar-se no sistema educativo, continuar no local de trabalho, na comunidade e até mesmo nos *media* (Precioso, 2004).

A EpS genericamente tem-se usado para descrever qualquer esforço de proporcionar informação e conhecimentos relativos à manutenção e promoção da saúde (Figuerola, Farías & Alfaro, 2004).

Segundo a OMS (1998), EpS define-se como “*qualquer combinação de experiências de aprendizagem desenhadas para ajudar indivíduos e comunidades a melhorar a sua saúde, aumentando o seu conhecimento ou influenciando as suas atitudes*”. Assim, a EpS surge com o objetivo de levar os indivíduos a tomar decisões conscientes e informadas em relação aos seus modos de vida (OMS, 1998).

Como refere Costa (2009, p.199), “*a educação em saúde deverá possibilitar a partir da compreensão reflexiva das pessoas, um aumento da qualidade de vida.*”

Dentro desta perspetiva a EpS deve ter como finalidade a preservação da saúde individual e coletiva. É uma definição operativa, já que para a maioria das pessoas, estar de boa saúde é ter capacidade de desenvolver as suas atividades de vida diárias (Pelicioni & Pelicioni, 2007).

Tendo em conta que as crenças de saúde são variáveis preditivas do comportamento, a lógica por detrás da importância dada à EpS é a de que transformar crenças erradas em crenças corretas aumenta a possibilidade das pessoas terem atitudes saudáveis e, conseqüentemente, adotarem comportamentos e estilos de vida saudáveis (Santos, 2010).

A EpS pode ainda ser definida como a organização consciente de oportunidades construídas para aprendizagem, que envolvem uma forma de comunicação projetada para melhorar a literacia em saúde, o conhecimento e desenvolver competências que são conducentes à saúde individual e coletiva (Dempsey et al., 2011a com base em Nutbeam, 1998).

Para Cerqueira (1997) a EpS consiste em proporcionar à população os conhecimentos e as habilidades necessárias para a promoção e proteção de sua saúde individual, da saúde da sua família e da sua comunidade através do desenvolvimento de capacidades e competências para que as pessoas participem ativamente na definição das suas necessidades, consigam negociar e implantar as suas propostas para atingirem das metas de saúde (Pelicioni & Pelicioni, 2007).

Com base em Rodrigues, Pereira & Barroso (2005) pode-se afirmar que os principais focos da EpS são as atitudes e comportamentos de saúde. A EpS tem-se concentrado prioritariamente na mudança de comportamento individual ou de fatores intrapessoais, tais como as crenças e atitudes, julgados determinantes do comportamento, a fim de promover um melhor estado de saúde. Assim, pode considerar-se que a EpS é uma estratégia imprescindível para melhorar a saúde das populações.

A EpS é baseada na necessidade de intervenção no processo de desenvolvimento e mudança dos indivíduos de tal forma que sejam mantidos os comportamentos de saúde “saudáveis” ou que sejam interrompidos padrões comportamentais relacionados com riscos para doenças, lesões ou eventualmente morte (Green et al., 1980).

Educar as pessoas para a saúde é, portanto, criar condições para as pessoas se transformarem, saberem o porquê das coisas. Mostrar-lhes que elas podem aprender e sensibilizá-las para a importância dos conhecimentos ligados com a sua saúde (Carvalho & Carvalho, 2006).

2.1.2 – Determinantes de Saúde

O interesse na temática da EpS tem vindo a crescer devido às evidências de que muitos dos problemas e gastos em saúde estão associados a determinados comportamentos e estilos de vida.

A intervenção sobre os estilos de vida obriga à implementação de estratégias de promoção da saúde e EpS, multissetoriais e multidisciplinares, compreensivas, diversificadas, continuadas e sujeitas a avaliação.

Estas estratégias devem enfatizar respostas positivas aos determinantes de saúde e incentivar a aquisição e desenvolvimento de estilos de vida saudáveis para além de serem as bases de um ambiente propício para a prevenção da doença, promoção e proteção da saúde (OMS, 2002).

Segundo a OMS (2002) os determinantes sociais de saúde são as condições em cada que cada pessoa nasce, cresce, vive, trabalha e envelhece, incluindo o próprio sistema de saúde. Estas circunstâncias são condicionadas pela distribuição do dinheiro, poder e recursos aos níveis mundial, nacional e local e são as principais responsáveis pelas iniquidades em saúde. Loureiro & Miranda (2010) referindo Tarlov (1996) baseado em Lalonde, consideram quatro categorias de determinantes de saúde: fatores genéticos e biológicos, serviços de saúde, comportamentos individuais relacionados com a saúde e características sociais, sendo as últimas preponderantes.

O grau de desenvolvimento de uma sociedade, independentemente da sua riqueza, pode ser avaliado pela qualidade da saúde da sua população, pela equidade da sua distribuição e pelo grau de proteção prestado em situações desvantajosas relacionadas com a saúde.

Em 2004, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida, delineando algumas atividades transversais que tentem garantir a coesão e integração global do programa. Estas atividades deverão ser essencialmente orientadas para a formação profissional, em especial de profissionais da saúde e da educação, e para a informação e EpS do grande público, através do recurso aos grandes meios de comunicação social. Algumas das atividades são (Ministério da Saúde, 2004b):

- * Internet e sítio da Direção Geral de Saúde - informação para o público;
- * Televisão - realização de programas continuados sobre estilos de vida;

- * Formação de profissionais de saúde e de outras áreas pertinentes;
- * Realização de encontros nacionais e regionais para apresentação de experiências e resultados;
- * Abordagem dos fatores determinantes em apreço no contexto de outros programas nacionais (Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, o Plano Oncológico Nacional, o Plano Nacional contra o Alcoolismo, o Plano Nacional de Controlo da Diabetes e o Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas)
- * Abordagem dos fatores determinantes em apreço no contexto de redes e projetos em curso (Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis, Rede de Escolas Promotoras da Saúde, Projeto Vida Ativa Saudável no Local de Trabalho)

Em 2005 foi criada pela OMS a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (*Commission on Social Determinants of Health*) com o propósito de orientar a documentação factual sobre as ações a adotar de modo a fomentar a equidade na saúde e promover um movimento global para alcançar este objetivo (OMS, 2010).

Atualmente a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde da OMS está muito direcionada para a redução da diferença abismal que se criou entre os países mais ricos e os mais pobres do mundo, traduzindo-se numa diferença de 48 anos na esperança de vida (OMS, 2010).

Neste contexto, a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais de Saúde, organizada pela OMS e realizada no Rio de Janeiro, Brasil, em Outubro de 2011, foi subordinada ao tema *Todos pela Equidade* (OMS, 2012). Esta conferência reforçou a importância dos determinantes de saúde no impacto da saúde das populações e indivíduos, reafirmando o compromisso dos estados membros na tomada de ação relativamente aos determinantes de saúde em cinco áreas distintas:

- 1- adoção de medidas governativas que favoreçam a saúde e o seu desenvolvimento
- 2- promoção da participação de todos no desenvolvimento e implementação de políticas adequadas
- 3- reorientação do setor da saúde em direção à promoção da saúde e à redução das iniquidades em saúde

- 4- fortalecimento global da colaboração governamental
- 5- monitorização dos progressos realizados e aumento da responsabilidade (OMS, 2012)

Como se constata no documento *World Health Report* (OMS, 2002) as doenças crónicas não transmissíveis (doenças cardiovasculares, cancro, patologia respiratória crónica, diabetes *mellitus*, doenças osteoarticulares e perturbações da saúde mental, como a depressão) são as principais responsáveis pela morbilidade e mortalidade nas sociedades desenvolvidas. São elas também as principais responsáveis por situações de incapacidade e perda de qualidade de vida, com expressão muito significativa no consumo de serviços de saúde, meios complementares de diagnóstico, medicamentos e dias de internamento, representando, em 2000, a nível europeu, cerca de 75% da carga da doença.

A título de exemplo no que se refere a doenças relacionados com os estilos de vida das populações e no que seria possível diminuir em gastos relacionados com estes tipos de doença apostando nas intervenções da EpS, a obesidade representa consequências económicas de grande dimensão, sendo que o custo indireto total da obesidade em Portugal no ano de 2002 foi estimado em 199,8 milhões de euros (Pereira & Mateus, 2003).

A prevenção primária destas doenças, através da promoção de estilos de vida saudáveis junto da população e indivíduos, constitui a estratégia mais efetiva, menos dispendiosa e mais sustentável para controlar o aumento da incidência destas doenças.

Os estilos de vida, tal como refere o Ministério da Saúde (2004b, p.1493) podem ser definidos como “*um conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, aprendidos através do processo de socialização e constantemente re-interpretados e testados, ao longo do ciclo de vida e em diferentes situações sociais*”

A forma como cada indivíduo gere a sua própria saúde ao longo da vida, através de opções individuais que podemos entender como estilo de vida, constitui uma questão fundamental no cerne da saúde individual e coletiva.

O consumo de tabaco, os erros alimentares, a obesidade, o consumo excessivo de álcool, a inatividade física e a má gestão do *stress* estão hoje claramente identificados como sendo os principais fatores implicados na origem daquelas doenças.

Tendo como prova os resultados positivos de outros países, a intervenção sobre estes determinantes surge como uma estratégia de saúde imprescindível que permitirá

obter ganhos significativos em saúde - redução da prevalência de doenças crónicas e custos económicos individuais e sociais associados.

A compreensão dos determinantes sociais da saúde pelo público em geral tem de ser melhorada, pelo que este facto nos remete para o conceito de literacia em saúde, que a OMS (1998, p.10) define como o conjunto de *“competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e aptidão dos indivíduos para terem acesso, compreenderem e a usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde.”*

Kwan, Frankish & Rootman (2004, p.32) citando Ratzan & Parker (2000) definem literacia em saúde como *“o grau em que cada pessoa tem capacidade para aceder, compreender, avaliar e comunicar informação de forma a comprometer-se com as exigências dos diferentes contextos de saúde com vista a promover e manter bons níveis de saúde ao longo da vida”*

A literacia em saúde inclui mais do que a capacidade de ler informação. Envolve igualmente a capacidade para interagir com os profissionais de saúde e para exercer controlo em situações do quotidiano que se relacionem com a preservação ou melhoria da saúde (Santos, 2010).

Com base em Kickbusch, Wait & Maag (2006) a OMS (2010, p.200) refere que a literacia em saúde *“é uma importante estratégia de capacitação, que aumenta o controlo das pessoas sobre a sua saúde, a sua capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidades”* e que a falta desta pode contribuir para desigualdades na saúde entre grupos sociais. O aumento da literacia na saúde é um elemento importante das estratégias para redução da desigualdade na saúde.

2.2 – CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E SEUS ATORES

A criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) dá-se em 1979, através da lei nº56 de 15 de Setembro, definindo as bases gerais desta rede de órgãos e serviços, que visa a prestação global de cuidados de saúde a toda a população.

Posteriormente, a Lei de Bases da Saúde (nº 48/90, de 24 de Agosto) afirma que o SNS se caracteriza por ser universal quanto à população abrangida e garantir a equidade no acesso dos utentes com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades

no acesso à saúde. É ainda referido que o SNS assenta nos cuidados de saúde primários (CSP), devendo estes situar-se junto das comunidades.

Neste contexto, os CSP são o primeiro nível de contacto com o SNS para os indivíduos, famílias e comunidade, trazendo os cuidados de saúde tão próximo quanto possível para os locais onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo permanente de assistência de saúde.

Na declaração de Alma Ata foi proposta a seguinte definição de CSP (OMS, 1978):

“Os cuidados de saúde primários são cuidados essenciais de saúde (...) colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação, e a um custo que a comunidade e o país possa manter em cada fase do seu desenvolvimento (...) representam o primeiro nível de contacto com dos indivíduos, da família e da comunidade, com o sistema nacional de saúde, devendo ser levados o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde.”
(OMS, 1978)

Os CSP são o reflexo das características económicas e socioculturais da sociedade onde estão inseridos, orientando-se para a resolução dos principais problemas de saúde da comunidade.

Fazendo a ponte com a EpS, é ainda referido que os CSP têm em vista os problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades e incluem pelo menos a

“educação em relação a problemas prevalentes de saúde e a métodos para sua prevenção e controlo, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, provisão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materna e infantil, incluindo o planeamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controlo de doenças endémicas, tratamento adequado de doenças e lesões comuns, e fornecimento de medicamentos essenciais”.
(OMS, 1978)

Os CSP deverão então ser fortalecidos de modo a diminuir a procura dos cuidados de saúde a nível hospitalar, de forma a satisfazer de forma mais económica e salutar as necessidades de saúde.

Nestes termos, sendo os centros de saúde as primeiras entidades responsáveis pela promoção e melhoria dos níveis de saúde da população, podem ser caracterizados da seguinte forma, conforme descrito no Decreto-Lei n.º 157/99 (p.2425), artigo 2º, que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde:

“1- Os centros de saúde têm como objectivo primordial a melhoria do nível de saúde da população da área geográfica por eles abrangida.

2 - São, em especial, objectivos dos centros de saúde a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, através do planeamento e da prestação de cuidados, bem como do desenvolvimento de actividades específicas dirigidas, globalmente, ao indivíduo, à família, a grupos especialmente vulneráveis e à comunidade.(...)”

No artigo 4º do mesmo Decreto-Lei (p. 2425) podem ler-se as atribuições do Ministério da Saúde relativas aos centros de saúde, sendo pertinente, neste contexto, destacar a que mais se relaciona com a promoção e EpS:

“Os centros de saúde têm como atribuições, em geral, a promoção da saúde, designadamente através de acções de educação para a saúde e a prestação de cuidados na doença, quer na primeira linha de actuação do Serviço Nacional de Saúde, quer garantindo a continuidade dos cuidados sempre que houver necessidade de recurso a outros serviços e cuidados especializados.(...)”

A reforma dos CSP vem reforçar e desenvolver os seus valores intrínsecos, nomeadamente de equidade, proximidade e acessibilidade para com a população em geral e grupos mais vulneráveis, prioridade à proteção e promoção de saúde, intervenções intersectoriais e multidisciplinares e envolvimento do cidadão.

Como nos referem Miguel & Sá (2010), a Missão para os Cuidados de Saúde Primários implementou tendências inovadoras em termos de organização. A prestação de CSP em Portugal sofreu uma profunda reforma nos últimos anos, abrangendo a reorganização a nível local dos cuidados, com particular realce nas recentemente criadas Unidades de Saúde Familiar (USF) e na reorganização dos Centros de Saúde em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Deve ser salientada a estrutura dos ACES, que incluem, além das USF e de órgãos específicos dirigidos à gestão e decisão, várias estruturas funcionais: Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Pública (USP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

Todas as unidades são multiprofissionais, embora numa predominem os conhecimentos e práticas de medicina geral e familiar (caso das USF), ou os conhecimentos e práticas de saúde e de enfermagem comunitária (caso das UCC), ou da teoria e práticas de saúde pública nas suas diversas vertentes e competências profissionais. O que está em causa é servir os utentes, os doentes e a comunidade, e não afirmar protagonismos de grupos profissionais (Branco & Ramos, 2001).

A organização e a gestão determinam o desempenho do sistema através dos seus profissionais, dos seus conhecimentos, empenho e ação. Por isso, o essencial é conseguir desenvolver e aproveitar bem as capacidades e as potencialidades humanas existentes.

Assentando ainda na tríade tradicional de profissionais dos CSP – médicos, enfermeiros e pessoal administrativo – os ACES, deverão vir a englobar a intervenção de uma significativa rede multiprofissional.

Contextualizando, pode ser feito um enquadramento legal das profissões associadas a este âmbito profissional. No que se refere aos profissionais de saúde, debruçemo-nos sobre as profissões de Médico e Enfermeiro, estando estas quase sempre associadas à EpS.

Em relação à especialidade de medicina geral e familiar (médico de família) no Decreto-Lei n.º 73/90, capítulo II, artigo 16º pode ler-se o seguinte perfil:

“(...) um profissional habilitado para prestar, com independência e autonomia, cuidados de saúde primários a indivíduos, famílias e, mais amplamente, a populações definidas que lhe sejam confiadas, exercendo a sua intervenção em termos de generalidade e continuidade dos cuidados, de personalização das relações com os assistidos, de informação sócio-médica e de integração nos objectivos genéricos do Serviço Nacional de Saúde.”

No mesmo documento, artigo 18º, aparecem descritas as funções associadas a este profissional, das quais se destacam:

“(...)cooperar nos objectivos comuns do Serviço Nacional de Saúde, para o que poderá ser chamado, nomeadamente, a:
a) Exercer nos centros de saúde e suas extensões funções integradas nos programas de saúde pública, designadamente de assistência global às populações;
2 - O médico de clínica geral promove a obtenção de informação, que centraliza, sobre todos os factores com relevância para o mais completo conhecimento dos indivíduos que lhe estão confiados, nomeadamente no que respeita à respectiva caracterização familiar, ocupacional e social com interesse para a orientação dos cuidados de saúde,

obrigando-se a fornecer as informações necessárias para fins estatísticos epidemiológicos, sob garantia do devido sigilo.”

Existe atualmente uma exigência social de missão social, uma intervenção coparticipada, de natureza educativa, para a qual os enfermeiros são solicitados de forma ímpar (Bonito, 2009).

O Enfermeiro é a profissão por excelência ligada à EpS, com inúmeros estudos e referências científicas neste sentido publicadas internacionalmente.

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) - Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro - é um documento vinculativo e de referência para a prática de todos os Enfermeiros do território nacional e instituições empregadoras. No Capítulo II, artigo 4.º do REPE (1996, p.2960) podemos ver como definição da profissão de Enfermagem

“a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.”

Ainda no mesmo documento, Enfermeiro é definido como (p. 2960)

“o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.”

O Capítulo IV, artigo 8.º, refere que *“o exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social.”* (p.2961)

No artigo 9º do Decreto-Lei n.º 247/2009 de 22 de Setembro – Regime Legal da Profissão de Enfermagem - pode encontrar-se o conteúdo funcional da profissão de Enfermagem, onde vêm descritas algumas funções relacionadas com a EpS e Promoção da Saúde:

“(...) b) Realizar intervenções de enfermagem requeridas pelo indivíduo, família e comunidade, no âmbito da promoção de saúde, da prevenção da doença, do tratamento, da reabilitação e da adaptação funcional;

- c) Prestar cuidados de enfermagem aos doentes, utentes ou grupos populacionais sob a sua responsabilidade;*
- d) Participar e promover acções que visem articular as diferentes redes e níveis de cuidados de saúde (...)*

Em todas as definições acima referidas existe uma estreita ligação à EpS e Promoção da Saúde, pelo que este facto reforça a atribuição da responsabilidade da EpS ao Enfermeiro. Muitos investigadores sugerem que os próprios enfermeiros, independentemente do local onde prestam cuidados, consideram a EpS uma parte importante da sua prática diária (Cantrell, 1997 referido por Norton, 1998).

Relativamente à realidade dos Estados Unidos da América (EUA), Latter (1993) Bradford & Winn (1997) referidos por Norton (1998) sugerem que muito do trabalho de enfermagem realizado na área da promoção da saúde é sob a responsabilidade de clínicas especializadas, que se focam em doenças específicas (por exemplo Diabetes e Asma), havendo inevitavelmente um risco que o seu foco de atenção seja a gestão da doença em vez da promoção da saúde. Neste contexto, os enfermeiros deverão clarificar o seu papel na promoção da saúde e EpS, bem como as estratégias utilizadas para influenciar positivamente as atitudes e comportamentos das pessoas.

Como refere Feuerwerker (2003) todos os profissionais de saúde, incluindo os dos CSP, devem estar aptos a:

- desenvolver ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação ao nível individual e coletivo;
- assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com os restantes recursos do sistema de saúde;
- realizar as suas funções dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da bioética;
- ter em conta que a responsabilidade pela prestação de cuidados só termina com a resolução do problema de saúde, seja individual ou comunitário.

Deverão ainda desenvolver competências no campo da tomada de decisões, que lhes permitam desenvolver o seu trabalho gerindo de forma apropriada, eficaz e custo-efetiva os recursos humanos e materiais (Feuerwerker, 2003).

O desenvolvimento de competências específicas e/ou diferenciadas assume especial relevância no desempenho dos profissionais pelo que é necessário dotar as equipas de saúde familiar de ferramentas que permitam desenvolver uma abordagem global e integrada na resposta das necessidades das famílias e comunidades abrangidas.

2.3 – ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE

O desenvolvimento de cidadãos com os conhecimentos e competências para o desempenho de um papel ativo na EpS inicia-se no meio escolar.

As escolas são um cenário onde a saúde pode e deve ser criada e sustentada, onde a percepção de saúde dos jovens pode e deve ser melhorada pelo conteúdo dos currículos formais de cada disciplina. As ações para proteger e promover a saúde poderão ser colocadas em prática no espaço físico da escola, já que num nível mais abrangente, a escola influencia as percepções, atitudes, ações e comportamentos não só dos alunos mas também dos professores, auxiliares de ação educativa, pais, enfim, toda a comunidade educativa, incluindo profissionais de saúde envolvidos nessa comunidade.

A EpS, com base em Motta, Costa & Viana (2008) é uma temática de carácter transversal, recém-introduzida no sistema educativo, que visa a melhoria da qualidade de vida das crianças e adolescentes, potenciando um efetivo sucesso escolar. Ser saudável, nos dias de hoje, é estar informado, ser culto, ser assertivo, autónomo e solidário.

Todos os aspetos organizacionais da escola contribuem para a saúde física, social e emocional, sendo que os jovens apreendem melhor o conceito de responsabilidade e *empowerment* através da participação direta na tomada de decisões relativas a eles próprios e neste caso específico à sua saúde (OMS, 1999).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1995, através do *Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion*, apercebeu-se que a promoção da saúde realizada através das escolas podia reduzir os problemas de saúde, aumentando a eficácia do sistema educativo, promovendo a saúde pública, educação e desenvolvimento social e económico (OMS, 1998).

As escolas são então consideradas um cenário perfeito, de carácter formal, em que é possível gerar autonomia, participação crítica e criatividade para a promoção da saúde, considerando as pessoas em seu contexto familiar, comunitário e social (Santos e Bógus, 2007).

Com base em Silveira (2000) a escola promotora de saúde é aquela que se coloca a serviço da promoção da saúde e atua nas áreas de ambiente saudável, oferta de serviços de saúde e educação em saúde (Santos & Bógus, 2007).

Uma escola promotora de saúde assenta em três vertentes – currículo, ambiente e interação escola/família/meio. O desenvolvimento destas vertentes e a implementação destes princípios permitem capacitar os jovens para intervir na mudança e conduzem ao exercício pleno da cidadania, pelo que deve ser uma prioridade de todos os governos (Ministério da Saúde, 2006).

Uma escola promotora de saúde seria caracterizada como uma instituição que procura constantemente um estilo de vida, de aprendizagem e de trabalho propício ao desenvolvimento da saúde (Gomes, 2009).

Em 2006, foi criado o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), cujas estratégias se enquadram na área da saúde das crianças, dos jovens e restante comunidade educativa. Um Programa de Saúde escolar efetivo pode prevenir ou reduzir significativamente grande parte dos problemas de saúde e comportamentos de risco associados ao ambiente e estilos de vida.

O PNSE tem como população-alvo toda a comunidade educativa, entendendo-se por esta professores, auxiliares de ação educativa, alunos, pais e encarregados de educação, educadores de infância, entre outros profissionais (Ministério da Saúde, 2006).

Como é referido pelo Ministério da Saúde (2006, p.7), o PNSE tem como algumas das suas finalidades *“promover e proteger a saúde e prevenir a doença na comunidade educativa; (...) Reforçar os factores de protecção relacionados com os estilos de vida saudáveis; Contribuir para o desenvolvimento dos princípios das escolas promotoras de saúde.”*

Para apoiar e orientar as escolas e comunidade educativa da sua zona de abrangência, existirá uma equipa nuclear de saúde escolar, que deverá ser composta por médico e enfermeiro, correspondentes a um grupo de 2500 alunos e cerca de 24 horas por semana – idealmente o mesmo número de horas para cada profissional. Diversos profissionais do Centro de Saúde – higienista oral, psicólogo, nutricionista, terapeuta da fala, entre outros – deverão também integrar a equipa de saúde escolar (Ministério da Saúde, 2006).

Em contexto escolar, como é definido pelo Ministério da Educação (n.d.), educar para a saúde consiste em *“(...) dotar as crianças e os jovens de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde e ao seu bem-estar físico, social e mental, bem como a saúde dos que os rodeiam, conferindo-lhes assim um papel interventivo.”*

No documento *Health 21*, da OMS, prevê-se que em 2015, 95% das crianças que frequenta a escola integrem estabelecimentos de educação e ensino promotores da saúde, definindo Escola Promotora de Saúde como aquela que inclui a educação para a saúde no currículo e possui atividades de saúde escolar (OMS, 1999).

Uma escola que se proponha a promover a saúde deverá mobilizar a participação direta da comunidade bem como da própria escola.

A promoção da saúde no ambiente escolar deve ser realizada por todos os intervenientes no processo – profissionais de saúde, comunidade escolar (alunos, professores, pais, funcionários e direção) e toda a comunidade envolvente, procurando desenvolver as capacidades de gestão da saúde e a prevenção dos comportamentos de risco em todas as oportunidades educativas (Santos & Bógus, 2007).

A aquisição de novas competências que permitam aos profissionais de saúde e educação um acréscimo da capacitação para a promoção de estilos de vida saudáveis da escola torna-se, desta forma, incontornável.

Neste contexto e na sequência de uma reunião de Conselho de Ministros da Educação da Europa, Portugal é membro da Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde (REEPS) desde 1994, mais conhecida como *Schools for Health in Europe* (SHE). A colaboração internacional contribui para minimizar a duplicação do esforço e tornar possível uma rede que gere e sustenta a inovação.

O principal objetivo da SHE é apoiar organizações e profissionais europeus que trabalhem no campo da Promoção da Saúde nas escolas, sendo que as suas funções incluem o fornecimento de informação, o encorajamento à investigação nesta área, a partilha da prática e conhecimentos e a defesa da importância da promoção da saúde nas escolas, integrando políticas de promoção da saúde nas mesmas (Schools for Health in Europe, 2008).

Num dos documentos de referência relativos à escola promotora de saúde, da *International Union for Health Promotion and Education* (IUHPE), intitulado *Construindo escolas promotoras de saúde: directrizes para promover a saúde em meio escolar*, pode ler-se que para implementar uma escola promotora de saúde é necessário ter em conta diversos fatores, entre os quais “*criar um pequeno grupo de pessoas que assuma activamente a liderança e coordenação das acções e que integre professores, pessoal não docente, alunos, pais e membros da comunidade*” cujas ideias sejam respeitadas. Este fator é explicado pelo facto do trabalho ser repartido por todos os

grupos chave que estão implicados nas tomadas de decisão e na implementação, o que promove o interesse pelas ações a aplicar (IUHPE, 2009).

Neste contexto, será importante descrever o que se entende por pessoal docente, conforme o anexo I do Decreto-Lei n.º 270/2009 de 30 de Setembro (p.7030), *“aquele que é portador de qualificação profissional para o desempenho de funções de educação ou de ensino, com carácter permanente, sequencial e sistemático, ou a título temporário, após aprovação em prova de avaliação de conhecimentos e de competências.”*

No artigo 10º do mesmo documento (p.7031), podem ainda ler-se as funções descritas para o pessoal docente, sendo algumas delas:

*“(...)b) Promover a formação e realização integral dos alunos, estimulando o desenvolvimento das suas capacidades, a sua autonomia e criatividade;
e) Participar de forma empenhada nas várias modalidades de formação que frequente, designadamente nas promovidas pela Administração, e usar as competências adquiridas na sua prática profissional; (...)
h) Conhecer, respeitar e cumprir as disposições normativas sobre educação, cooperando com a administração educativa na prossecução dos objectivos decorrentes da política educativa, no interesse dos alunos e da sociedade.”*

Pode constatar-se que nenhuma das funções descritas refere de forma explícita os termos EpS, embora haja referência à formação integral dos alunos, incluindo o desenvolvimento das suas capacidades, assim como a colaboração com a instituição nas modalidades de formação e de forma a atingir os *“objectivos decorrentes da política educativa, no interesse dos alunos e da sociedade.”* De salientar que esta descrição vai de encontro ao profissional de educação de uma forma geral, não tendo em conta a especificidade associada à unidade curricular que leciona.

No entanto, face ao desenvolvimento da EpS nas escolas, e à importância que foi assumindo no currículo escolar, foi criada pelo Ministério da Educação a figura de coordenador de EpS através do Despacho nº 2506/2007, onde se pode ler no ponto 1: *“Cada agrupamento/escola com programas/projectos de trabalho na área da educação para a saúde designará um docente dos 2.º ou 3.º ciclos do ensino básico para exercer as funções de coordenador da educação para a saúde”*(p.4427)

Compete então ao professor coordenador de EpS a articulação com as estruturas de saúde escolar e restante comunidade, não agindo como ator único mas fundamentalmente como elo de ligação entre as estruturas escolares, de saúde e comunidade.

Outros atores importantes no âmbito da EpS nas escolas são os incluídos no corpo de pessoal não docente, que era composto até há bem pouco tempo pelos funcionários administrativos (atuais assistentes técnicos) e pelos funcionários auxiliares de ação educativa (atuais assistentes operacionais (AO)). A carreira de auxiliar de ação educativa, criada em 1987 pelo Decreto-Lei nº 223/87 de 30 de Maio, surgiu no decurso da preocupação do Governo em reorganizar a função pública com o objetivo de uma gestão de pessoal mais eficaz.

Esta medida implicou, pela primeira vez, a definição de conteúdos funcionais que caracterizaram a profissão dos auxiliares de ação educativa e que foram ordenados em três grandes áreas: apoio à atividade pedagógica, ação social escolar e apoio geral, correspondendo a cada uma destas um conjunto de alíneas pormenorizadas e prescritivas sobre as tarefas a executar por estes profissionais (Gonçalves, 2010).

Fará então sentido mencionar parte do antigo conteúdo funcional do auxiliar de ação educativa, no contexto escolar, de forma a melhor compreender o contexto profissional dos atuais AO. Conforme o Despacho nº 17460/2006 (p.16783), as funções desta categoria profissional consistiam, entre outras funções, em:

“a) Participar com os docentes no acompanhamento das crianças e jovens durante o período de funcionamento da escola com vista a assegurar um bom ambiente educativo; (...) m) Prestar apoio e assistência em situações de primeiros socorros e, em caso de necessidade, acompanhar a criança ou o aluno à unidade de prestação de cuidados de saúde.”

Não era visível neste conteúdo funcional nenhuma referência explícita à educação para a saúde, havendo, no entanto, referência ao acompanhamento constante aos alunos e contribuição para a plena formação dos mesmos, onde se poderão incluir atividades – informais ou não – de EpS. Há no entanto uma referência óbvia ao termo *saúde*, aquando da obrigação de assistência em situações de primeiros socorros. De salientar que este conteúdo funcional fazia parte da categoria de assistente de ação educativa, atual AO.

A antiga carreira de auxiliar de ação educativa foi recentemente extinta com base no programa de reformas da Administração Pública, transitando os trabalhadores que dela faziam parte para a de AO, com base na Lei n.º 12-A/2008. Esta nova orientação legal depreende que o conteúdo funcional deve ser descrito de forma abrangente, dispensando pormenorizações relativas às tarefas nele abrangidas.

Neste mesmo documento, pode então ler-se o conteúdo funcional associado à categoria de AO, no n.º 2 do artigo 49.º, p. 1326(25):

“Funções de natureza executiva, de carácter manual ou mecânico, enquadradas em directivas gerais bem definidas e com graus de complexidade variáveis. Execução de tarefas de apoio elementares, indispensáveis ao funcionamento dos órgãos e serviços, podendo comportar esforço físico. Responsabilidade pelos equipamentos sob sua guarda e pela sua correcta utilização, procedendo, quando necessário, à manutenção e reparação dos mesmos.”

Esta visão geral das tarefas do AO permite maior maleabilidade na gestão dos recursos humanos das escolas, sendo então possível geri-los em função das competências de cada um em vez de conteúdos descritos de forma rígida. No entanto esta descrição parece associar-se a um grupo profissional que fica mais descaracterizado relativamente ao disposto anteriormente no conteúdo funcional dos auxiliares de ação educativa.

Tendo em conta a crescente importância das escolas promotoras de saúde a nível nacional, alguns programas e projetos têm sido levados a cabo, sendo pertinente referir exemplos significativos dos mesmos.

O programa CUIDA-TE, regulamentado pela Portaria n.º 655/2008 de 25 de Julho, do Diário da República, consiste na promoção da saúde juvenil e de estilos de vida saudáveis e tem como um dos objetivos gerais *“a educação para a saúde, promovendo a aquisição de conhecimentos e de competências nesta área, de forma global e integradora, inter-relacionando as suas diferentes componentes, somáticas, psicoafectivas e sociais (...)”* (p.4648)

As áreas de intervenção do Programa englobam:

- “a) A promoção da saúde, numa perspectiva global e multidimensional junto da população jovem;*
- b) O fomento das práticas de exercício físico regular, de uma alimentação saudável e da adopção de estilos de vida saudáveis e responsáveis;*
- c) A prevenção dos consumos nocivos;*
- d) A promoção da saúde sexual e reprodutiva.”*

Ainda no mesmo documento, relativamente ao planeamento e execução de projetos de EpS, é referido que a educação para a saúde não se poderá limitar a aspetos meramente informativos, sendo indispensável um debate de ideias relativamente a valores pessoais, capacitando os jovens para a construção de um quadro de referências que delineará as suas opções individuais.

O programa *Aventura Social* é um dos programas mais significativos no âmbito da Promoção da Saúde em meio escolar, vindo a desenvolver diversas investigações no domínio da promoção da saúde e comportamento social. Este programa teve início em 1987, na Faculdade de Motricidade Humana, em parceria com o Centro da Malária e Doenças Tropicais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical e tem a ele associados vários projetos: *Aventura Social & Risco*, *Aventura Social & Saúde* e *Aventura Social na Comunidade*, sendo este projeto integrante do *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC). O HBSC é um estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde, que pretende estudar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários cenários das suas vidas. O instrumento de investigação do HBSC é um questionário utilizado por todos os países participantes. Os dados recolhidos em cada país são integrados numa base de dados internacional, permitindo realizar comparações nos sucessivos questionários, e estudo de tendências de comportamentos que podem ser avaliados a nível nacional e internacional. A pesquisa do HBSC resulta na estruturação de um conjunto coeso de indicadores que permitam uma representação válida da saúde e dos estilos de vida dos adolescentes (Matos et al, 2003).

Neste momento o projeto conta com 44 países, entre o quais Portugal, integrado desde 1996 e membro associado desde 1998. O primeiro estudo realizado em Portugal foi em 1998, seguindo-se os de 2002, 2006 e 2010 (Matos, Diniz & Simões, 2011).

A amostra de 2010 correspondeu a 5050 jovens, que frequentavam o 6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade em 2009/2010, com uma média de idades de 14 anos. Considerando a evolução dos comportamentos de 1998 a 2010 verificou-se uma situação mais favorável relativamente ao consumo de tabaco e bebidas destiladas, envolvimento em lutas, provocações e uso do preservativo. Pelo contrário, verificou-se uma situação mais desfavorável relativamente ao excesso de peso, ao tempo sentado e à experimentação de haxixe. Os resultados mantiveram-se no caso de consumo de doces (Matos, Diniz & Simões, 2011).

Outro projeto existente é o *e-Bug*: um recurso educativo – programas modulares apoiados por um sítio da internet interativo – que pretende sensibilizar os jovens para a prevenção de doenças transmissíveis e o uso prudente dos antibióticos.

O *e-Bug* consiste no recurso a uma plataforma *web* interativa, que inclui dois programas modulares distintos, jogos didáticos e animações interativas, com vista a sensibilizar os alunos dos 2.º e 3.º ciclos do Ensino Básico para a utilização responsável e prudente dos antibióticos e a promoção de comportamentos saudáveis na prevenção das

doenças transmissíveis. Implica o desenvolvimento de conhecimentos e comportamentos saudáveis nas áreas da higiene das mãos, da higiene respiratória e alimentar. Realça os benefícios dos antibióticos no tratamento das doenças infecciosas, mas alerta para os efeitos adversos do seu uso imoderado e imprudente, nomeadamente no aumento das resistências. Disponível em 18 países europeus, em Portugal a iniciativa é representada pela Direção-Geral da Saúde em articulação com a Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC) (Portal da Saúde, 2009).

No que se refere à intervenção na área da alimentação e atividade física, pode ainda destacar-se o programa educativo *Apetece-me*, um projeto desenvolvido pela Nestlé Portugal, dirigido às escolas dos 1.º e 2.º ciclos do ensino básico que conta com a colaboração e apoio da Direção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC) do Ministério da Educação. No sítio da internet deste programa são disponibilizadas informações sobre nutrição, saúde e bem-estar, bem como materiais pedagógicos do programa educativo. Possui áreas distintas, nomeadamente o “Espaço Educadores” (área especialmente dedicada aos professores, na qual estão disponíveis materiais pedagógicos para *download*, links úteis, entre outros) e o “Espaço Alunos” com conteúdos diversos sobre estilos de vida saudáveis, diferentes materiais para *download*, jogos e *wallpapers* (DGIDC, n.d.).

Relativamente à intervenção na temática da educação sexual em meio escolar pode ainda referir-se o programa *LED on values*, um programa de literacia social dirigido à comunidade educativa. Este programa mostra a cada aluno “por onde vai” e estimula, através da experiência, a interiorização de valores para a formação do seu carácter, oferecendo simultaneamente ao professor uma nova valência pedagógica (DGIDC, n.d.).

A existência deste tipo de projetos é essencial para o desenvolvimento de políticas de EpS, para a promoção da saúde e para programas e intervenções dirigidas a adolescentes.

2.4 – EDUCADORES DE SAÚDE

2.4.1 – Definição de Educador de Saúde

No que concerne à formação e ao trabalho do então educador de saúde pública, Marcondes, em 1964, afirmava que este deveria ter conhecimentos sólidos sobre o processo de aprendizagem e motivação sobre a estrutura cultural e social da comunidade, seus problemas e recursos. As competências próprias do educador de saúde pública concentrar-se-iam na metodologia da educação, dinâmica de grupo, relações humanas e processo de comunicação. Teria ainda a capacidade para diagnosticar os aspetos educativos de uma situação – o que os indivíduos sabem, acreditam, sentem e fazem, bem como o que eles precisam saber e fazer – planeando a intervenção que leva à mudança de comportamento (Pelicioni & Pelicioni, 2007).

Os atuais desafios, assim como os do futuro na EpS exigem competências novas e em constante adaptação para formar a base para a educação e treino dos educadores de saúde. O desenvolvimento de profissionais competentes na área da EpS é uma das prioridades quando se tem em vista os ganhos em saúde, visto que profissionais competentes com as aptidões, capacidades e habilidades para traduzir as políticas e pesquisa na área para a ação propriamente dita são vitais para o crescimento futuro e o desenvolvimento da promoção da saúde.

De uma forma genérica, a responsabilidade na promoção de condições e estilos de vida saudáveis pode ser atribuída a uma diversidade de atores como professores, profissionais de saúde, políticos e cidadãos. Para além dos profissionais de saúde e professores, os pais e famílias desempenham um papel basilar da promoção e EpS, visto que a família como unidade básica da sociedade é um meio natural e privilegiado para o desenvolvimento e bem-estar de todos os seus membros. Apesar destes atores informais, se for tida em conta alguma literatura científica, considera-se que um grupo delimitado de pessoas está cultural e cientificamente mais associada ao papel privilegiado de assumir o exemplo e o dever de intervenção estratégica fundamentada (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005).

Neste sentido, terá cada vez mais destaque o papel dos educadores de saúde, que possuem os conhecimentos relacionados com o desenvolvimento humano, aplicados ao contexto comunitário em que atuam e da proximidade das pessoas que são alvo desta abordagem.

Neste contexto Rodrigues, Pereira & Barroso (2005, p. 49) citando Greene e Simons-Morton (1976), no documento “O que é um Educador de Saúde” da *Society for Public Health Education* (SOPHE), definem um educador de Saúde como “(...) *um especialista da equipa de saúde que diagnostica as questões de saúde numa perspectiva pedagógica, seguindo por esta via estratégias de intervenção educativa, através de uma metodologia programada e cientificamente avaliada*”.

O educador de saúde desempenha um papel privilegiado de dinamizador e mediador dos diferentes atores e fatores intervenientes. Este profissional necessita assim de desenvolver-se como pessoa e especialista, atualizando continuamente os seus conhecimentos e adquirindo uma especial sensibilidade para as questões humanas. Deverá ainda assumir uma atitude positiva face à mudança, sendo possuidor de um sentido de visão estratégica e de um profundo conhecimento das questões sociais e políticas (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005).

Os educadores de saúde são necessários para ajudar a população a melhor compreender os efeitos dos seus comportamentos na sua saúde.

George (2010) com base em Maltais e Borduas (2000) refere que o papel principal de um educador de saúde é promover atividades educacionais orientadas para a prática, baseadas nas mais recentes descobertas, de modo a ajudar os profissionais a melhorar a sua prática. Os educadores de saúde provêm o suporte para a aprendizagem e um bem-estar a longo prazo.

Adicionalmente, os educadores de saúde são responsáveis por incorporarem múltiplas estratégias de intervenção, promovendo o envolvimento ativo da comunidade para atingirem os objetivos referentes à promoção da saúde, através do planeamento de programas ajustados às necessidades identificadas (George, 2010, com base em Allensworth & Kolbe, 1987).

Os educadores de saúde trabalham para encorajar estilos de vida saudáveis e bem-estar através da educação de pessoas e comunidades acerca de comportamentos que podem prevenir doenças, lesões e outros problemas de saúde (SOPHE, n.d.). Estes devem ter em conta as características culturais da audiência para a qual se dirigem. Podem organizar eventos, sessões de leitura, aulas, rastreios de saúde ou desenvolver material educacional, tal como vídeos, panfletos ou brochuras.

Bonito (2009) refere que a educação traduz necessariamente uma ação que decorre num processo e como consequência desse mesmo processo. A educação transforma o sujeito e implica uma relação de natureza educativa, que marca o encontro

entre educando e educador, surgindo daqui o ato educativo - localizado no tempo e no espaço, propositado e intencional.

O mesmo autor, com base em Tizio (2003) refere que para se ser sujeito da educação são necessárias duas atribuições intrínsecas – capacidade e vontade.

Visto que a EpS se assume como uma área tão restrita e específica da educação pode então colocar-se a questão de quais os pressupostos pedagógicos para a formação de educadores de saúde.

Com base em Rodrigues, Pereira & Barroso (2005) podem assumir-se seis pressupostos associados à formação de um educador de saúde, sem os quais a intervenção deste não será eficiente, sendo eles:

- cuidar a arte da relação: o educador não se afirma pela autoridade do conhecimento, necessitando de construir uma relação de compreensão e confiança com o educando;
- saber cultivar o desejo de aprender: o educador deverá ser também um curioso e interessado pelo conhecimento, utilizando métodos de ensino que desenvolvam a curiosidade pró-ativa, de modo que o educando sinta interesse nas temáticas abordadas;
- é difícil mudar o comportamento de alguém que não deseja efetivamente mudar: a mudança não é um processo simples e implica sempre autonomia, motivação e capacidade de decisão, sendo que o educador deve planejar a mudança, ter em conta o princípio do prazer e valorizar a diversidade cultural;
- é vantajosa a estratégia educativa constituindo grupos de formandos de diferentes disciplinas: é importante obter múltiplos pontos de vista para obter uma abordagem panorâmica divergente de forma a entender as questões de saúde em todas as suas vertentes
- o educador necessita de aprender a promover o seu próprio desenvolvimento pessoal: deverá ser considerada a necessidade de mudança pessoal pelo educador antes de assumir a missão de ajudar os outros a mudar;
- a formação dos educadores de saúde deve ser um processo orientado para a criatividade: o desenvolvimento pessoal e social do educador é a condição necessária para uma vida criativa centrada nas necessidades de aprendizagem dos educandos.

O aumento dos custos relacionados com os cuidados de saúde aumentou a necessidade de educadores de saúde. À medida que os custos continuam a aumentar a classe política tenta encontrar soluções para inverter esta situação. Uma das formas mais custo-efetivas seria o emprego de Educadores de Saúde para que pudessem ensinar a população como viver de forma saudável, evitando assim os custos de tratamentos. Existem inúmeras doenças, como por exemplo o cancro do pulmão, pele e doenças cardiovasculares que poderiam ser evitadas com mudanças de estilos de vida, doenças estas que estão relacionadas com a realidade portuguesa no que respeita a principais causas de mortalidade. A infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) é igualmente evitável através do ensino à população dos meios de transmissão e tipos de prevenção possíveis.

Corroborando estas afirmações, e de acordo com o Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde, desde 1980 que as principais causas de morte em Portugal são as doenças do sistema circulatório, acidentes vasculares-cerebrais e neoplasias malignas, causas que aparentemente se manterão no topo nas próximas décadas. Portugal tem ainda uma das taxas de prevalência mais elevadas de infeção por VIH (Barros, Machado e Simões, 2011).

De um ponto de vista global e a nível nacional, existem quatro grandes áreas de atuação no que se refere à EpS: doenças cardiovasculares, cancro, saúde mental e VIH. Cada uma pretende melhorar o conhecimento da população relativo à epidemiologia e patologia de cada doença, promover a prevenção, melhorar as práticas clínicas e os cuidados de saúde prestados. Neste contexto, e tendo em conta que grande parte do tempo da população é despendida na escola, locais de trabalho e locais de lazer, as intervenções relacionadas com a saúde pública necessitam uma abordagem multissetorial (Barros, Machado & Simões, 2011).

Os educadores de saúde são imprescindíveis para fazer a população compreender os efeitos do seu comportamento na sua saúde. Algumas doenças como o cancro da mama ou testículos são mais fácil e eficazmente tratados se existir uma deteção precoce dos mesmos, portanto é importante fornecer as ferramentas necessárias para que os indivíduos possam fazer esta deteção precoce de forma independente.

A necessidade de proporcionar estes conhecimentos à população irá aumentar inevitavelmente a necessidade de existência de profissionais com formação específica na área da EpS.

Os educadores de saúde reconhecem, que para a implementação de uma verdadeira EpS, é necessário um grupo constituído não só por profissionais de saúde, mas também por elementos da comunidade à qual se destina (Tappe & Galer-Unti, 2001).

Uma população capacitada para a deteção precoce de determinadas doenças será, muito provavelmente, importante na redução dos custos relacionados com tratamentos, manutenção de uma qualidade de vida elevada, bem como a redução de taxas de morbilidade.

Idealmente, os educadores de saúde, deveriam lecionar aulas relacionadas com a temática da saúde nas escolas onde estariam colocados – tal como preconizado nos Estados Unidos da América – não devendo este papel ser atribuído a todos os professores de uma forma geral, os quais muitas das vezes não têm formação específica na área e por esse motivo não se sentem à vontade para o fazer. O educador de saúde deveria igualmente contribuir para o desenvolvimento curricular das disciplinas relacionadas com saúde na escola onde se encontra e até mesmo no agrupamento escolar ao qual a escola pertence (Bureau of Labor Statistics, 2012).

Em Portugal, tradicionalmente, o papel de educador de saúde, talvez pela sua denominação, é atribuído primariamente aos profissionais de Saúde e posteriormente aos docentes, com a introdução da EpS nas escolas, embora não se reconheça as funções de educador de saúde a nenhum grupo profissional em específico.

Na realidade brasileira desde 1992, foi lançado o Programa de Agentes Comunitárias de Saúde (PACS), no qual as pessoas da comunidade – o agente deve obrigatoriamente residir na comunidade onde trabalha – sem conhecimento prévio em saúde, são integradas nas equipas de saúde, com preparação específica e trabalhos nas comunidades, visitando as casas, orientando e informando sobre saúde. O agente comunitário tem como função integrar a comunidade aos serviços de saúde e vice-versa, devendo atuar como facilitador da comunicação que se estabelece nesse processo (Cardoso & Nascimento, 2010; Oliveira & Oliveira, 2008).

O Programa de Saúde na Família foi criado em 2004, com base nos bons resultados atingidos com os agentes comunitárias de saúde (ACS) relativos à mortalidade e morbilidade infantil e materna. Este programa é desenvolvido por uma equipa multiprofissional constituída por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e cinco ou seis ACS (Fraga, 2011).

Atualmente este programa tornou-se a estratégia de reorientação dos cuidados de saúde primários e tem como finalidade apoiar uma prática com ações integrais vinculadas

à comunidade, em vez da permanência na unidade de saúde a aguardar as solicitações da comunidade (Fraga, 2011 com base em Barros, 2010).

A profissão de Agente Comunitária, aquando do seu aparecimento, não tinha estabelecidas a qualificação e regulamentação profissional. No entanto, desde 2006, que estes profissionais têm atribuídas funções específicas: desenvolvimento de ações que busquem a integração entre a equipa de saúde e a população abrangida pela mesma; o contacto permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas visando a promoção da saúde e prevenção da doença, em conformidade com o planeamento prévio da equipa (Fraga, 2011).

2.4.2 – Responsabilidades e Competências do Educador de Saúde

A criação, implementação e monitorização de programas de promoção da saúde com base em conhecimentos e competências direcionadas para tal é uma expectativa para os profissionais que exercem funções na área da promoção da saúde (Geiger et al., 2010).

Globalmente, a literatura indica que as competências são uma base indispensável para a correta execução da promoção da saúde, preparação académica e desenvolvimento profissional contínuo (Dempsey et al., 2011a).

Torna-se assim pertinente fazer uma breve referência ao conceito de competência. Para Fleury & Fleury (2001, p.187) com base em Le Boterf (1995) “*a competência é o conjunto de aprendizagens sociais e comunicacionais nutridas a montante pela aprendizagem e formação e a jusante pelo sistema de avaliações. (...) competência é um saber agir responsável e que é reconhecido pelos outros. Implica saber como mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, num contexto profissional determinado.*”

Os mesmos autores definem competência como “*um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor económico à organização e valor social ao indivíduo.*” (2001, p.187).

A definição de competência acordada pelos parceiros do grupo *Developing Competencies and professional Standards for Health Promotion Capacity Building in Europe* (CompHP) para utilização nos seus projetos é a que Shilton (2001) descreveu:

“uma combinação de atributos, tais como conhecimento, habilidades, capacidades e atitudes que permitem que um indivíduo execute um conjunto de tarefas respeitando um determinado padrão” (Dempsey et al. 2011a, p.9).

Dempsey et al. (2011a, p.8), citando Meresman et al, (2003), com base no *The Professional and Academic Standards Working Group of the European Masters in Health Promotion* (EUMAHP), descreve competência como *“the knowledge, abilities and attitudes needed to implement specified health promotion actions within specified dimensions according to a specific standard”*.

Diversos esforços internacionais têm vindo a ser feitos na tentativa de identificar as competências necessárias em promoção da saúde e EpS.

Em 2008 a *Society of Public Health Education* (SOPHE), a *International Union for Health Promotion and Education* (IUHPE) e os *United States Centers for Disease Control* (CDC) organizaram um encontro internacional na Universidade da Irlanda – *Toward International Collaboration on Competencies and Accreditation in Health Promotion and Health Education: The Galway Consensus Conference* – onde participaram 26 peritos maioritariamente oriundos da Europa e América do Norte pertencentes a instituições de ensino superior, entidades governamentais, organizações não governamentais e associações profissionais.

O grande objetivo desta conferência foi iniciar o processo de partilha e colaboração internacional com vista à identificação e construção das competências fundamentais para a promoção da saúde, assim como o desenvolvimento de abordagens comuns para a acreditação de programas académicos, promoção do desenvolvimento profissional contínuo e desenvolvimento de padrões profissionais (Barry et al., 2009).

Das discussões da conferência resultou uma Declaração de Consenso que aponta padrões de qualidade que melhoram a capacidade a nível global dos profissionais da área da promoção da saúde e EpS, traduzidos em valores e princípios e oito domínios de competências fundamentais requeridas para as práticas de promoção da saúde (Barry et al., 2009):

1. catalisar a mudança – facilitar a mudança e capacitação de indivíduos e comunidades para melhorarem a sua saúde
2. liderança – fornecer orientações estratégicas e oportunidades para a participação no desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, através da mobilização e gestão de recursos para a capacitação e promoção da saúde

3. diagnóstico – avaliação das necessidades e recursos da comunidade, identificando os determinantes culturais, sociais, ambientais, organizacionais e comportamentais que promovem ou prejudicam a saúde
4. planeamento – estabelecer objetivos e metas mensuráveis em consequência da identificação das necessidades e recursos, assim como identificação de estratégias baseadas no conhecimento teórico, evidência e prática
5. implementação – utilizar estratégias efetivas e eficientes, cultural e eticamente sensíveis de modo a garantir as maiores melhorias possíveis na saúde e que incluem a gestão de recursos humanos e materiais
6. avaliação – determinar o alcance, efetividade e impacto dos programas e políticas da promoção da saúde, o que inclui a utilização de métodos de avaliação e de pesquisa apropriados de modo a permitir melhorias no programa, sustentabilidade e divulgação do mesmo
7. defesa – defender com e em nome de indivíduos e comunidades em ordem a melhorar a sua saúde e bem-estar, construindo a capacidade destes para agirem de forma a melhorarem a sua saúde e fortalecer a comunidade
8. parcerias – trabalhar em colaboração e de forma transversal várias áreas de conhecimento, setores e parceiros de modo a melhorar o impacto e sustentabilidade dos programas e políticas de promoção da saúde

Esta conferência foi o primeiro passo para o desenvolvimento de competências internacionais para a promoção da saúde, sendo que o grande objetivo a grande prazo seria fortalecer a preparação profissional, treino e educação contínua para quem pratica a promoção da saúde em todo o mundo.

Na sequência desta conferência, foi desenvolvido em 2009 o projeto *Developing competencies and professional standards for health promotion capacity building in Europe* (CompHP), financiado pela *European Agency for Health and Consumers* que pretendeu desenvolver o consenso para estabelecer meios e métodos através dos quais sejam implementados padrões em promoção da saúde para estimular a inovação e as melhores práticas na Europa. Neste projeto houve lugar ao levantamento de literatura internacional e europeia publicada relativa ao desenvolvimento de competências para a promoção da saúde de forma a ser avaliada (Dempsey et al., 2011a).

Neste documento Dempsey et al. (2011a) refere que as principais competências exigem que um praticante de promoção da saúde se baseie num conhecimento

multidisciplinar dos principais conceitos, princípios, teoria e pesquisa da promoção da saúde e sua aplicação na prática, sendo capaz de demonstrar conhecimentos relativos aos conceitos, princípios e valores éticos de promoção da saúde como definidos pela Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (OMS, 1986) e declarações subsequentes.

Podem identificar-se com base em Dempsey et al. (2011b) valores e princípios éticos inerentes a quem pratica a promoção da saúde que incluem a crença na equidade e justiça social, o respeito pela autonomia e pelas escolhas dos indivíduos e grupos, bem como formas de trabalhar colaborativas e consultivas. Para além dos valores éticos, deverão sustentar a atuação na área da promoção da saúde cinco áreas de competências sendo elas: Competências analíticas (entendimento dos determinantes sociais, culturais e subjetivos da saúde); Competências culturais (sensibilidade para grupo e dinâmicas institucionais); Competências de elaboração de políticas (compreensão dos setores públicos, políticas e serviços); Competências de comunicação (capacidades de diálogo, escuta ativa, empatia) e Competências operacionais (liderança, tomada de decisão, capacidades de mobilização de recursos, tarefas de programação) (Dempsey et al., 2011b).

Em países como os Estados Unidos da América (EUA) existem educadores de saúde, reconhecidos como uma profissão com corpo de conhecimentos próprio e formação específica para a área da EpS.

A história da EpS nos EUA remonta ao final do século XIX, com a criação dos primeiros programas académicos destinados à preparação de educadores de saúde. O interesse na qualidade e no desenvolvimento de padrões para a preparação profissional dos educadores de saúde surgiu na década de 1940. Ao longo das décadas seguintes, associações profissionais produziram diretrizes para a preparação de educadores de saúde e foram introduzidas tentativas de acreditação dos mesmos. No entanto, só na década de 1970 é que a EpS começou a evoluir como uma verdadeira profissão em termos de perspetiva sociológica. Além da definição de um corpo próprio de conhecimentos, os esforços foram iniciados para promulgar um código de ética da EpS, um conjunto de habilidades baseada em competências, sistemas rigorosos de garantia de qualidade e um sistema de acreditação da EpS (NCHEC, n.d. com base em Allegrante et al. e Livingood & Auld, 2004).

À medida que as expectativas relativas à EpS foram aumentando, tornou-se uma necessidade cada vez maior a definição de competências dos especialistas em EpS e, simultaneamente, a preparação académica requerida para tal. No entanto, havia uma

falta de uniformidade quanto a estas questões, pelo que em 1972 surgiu a *Coalition of National Health Education Organizations* (CNHEO), que consiste num conjunto de representantes de muitas das associações relacionadas com a EpS, nomeadamente a *American Association for Health Education* (AAHE), SOPHE e a *American School Health Association, Directors of Health Promotion & Education* entre outras (CNHEO, 2011).

A *National Commission of Health Education Credentialing* (NCHEC), estabelecida em 1988, é uma das referências no que diz respeito à elaboração de competências dos Educadores de Saúde. Esta associação americana tem como principais objetivos a melhoria da prática da EpS, bem como apoiar a população em geral e a profissão de Educador de Saúde através da certificação dos especialistas em EpS, promovendo o desenvolvimento da profissão, reforçando a prática e preparação profissional (NCHEC, n.d.).

Existem alguns documentos de associações internacionais de referência na EpS que contêm as responsabilidades e competências específicas e inerentes a um educador de saúde.

As competências do educador de saúde estão organizadas em três níveis: o primeiro corresponde às responsabilidades de educação em saúde, que representam grandes tarefas; o segundo nível corresponde às competências, fornecendo uma informação mais detalhada em relação ao primeiro nível; o terceiro nível corresponde às sub-competências, que definem tarefas específicas para ser atingido o maior grau de eficácia possível no desempenho profissional.

O *American Journal of Health Studies* (AJHS) descreve Responsabilidades e Competências dos Educadores de Saúde, atribuindo dez responsabilidades ao Educador de Saúde, com diversas competências e sub-competências associadas (Anexo I).

No Quadro 1 podem observar-se as responsabilidades inerentes a um educador de saúde apontadas pelo AJHS (n.d.).

Quadro 1 – Responsabilidades dos educadores de saúde

RESPONSABILIDADES DOS EDUCADORES DE SAÚDE	
Responsabilidade I	Avaliação das necessidades individuais e da comunidade em relação à EpS
Responsabilidade II	Planeamento de programas efectivos EpS
Responsabilidade III	Implementação dos programas de EpS
Responsabilidade IV	Avaliação da eficiência dos programas de EpS
Responsabilidade V	Coordenação do aprovisionamento de serviços de EpS
Responsabilidade VI	Ser uma pessoa de recurso na área da EpS
Responsabilidade VII	Transmissão de necessidades, temas e recursos relacionados com a saúde e com a EpS
Responsabilidade VIII	Aplicação dos princípios e métodos adequados de investigação na EpS
Responsabilidade IX	Gestão dos programas de EpS
Responsabilidade X	Desenvolvimento da profissão de educador de saúde

Fonte: Adaptado de *American Journal of Health Studies*. (n.d.)

Desde 1989 que os educadores de saúde que apresentem os critérios de elegibilidade têm a oportunidade de se tornarem Especialistas Certificados em EpS (*Certified Health Education Specialist* (CHES)), certificação proporcionada pela NCHEC, como já foi referido anteriormente. Existe ainda outro grau de certificação atribuída pela NCHEC, cuja denominação é MCHES – *Certified Health Education Specialist - Master*. A ambos são reconhecidas competências profissionais e compromisso para com o desenvolvimento profissional, sendo que a diferença é que ao segundo (MCHES) é reconhecido um nível avançado das competências e compromisso referidos.

A certificação em CHES é concedida após os candidatos serem aprovados num exame relacionado com as áreas básicas de responsabilidade de um educador de saúde (Bureau of Labor Statistics, 2012).

A SOPHE refere que os Especialistas em EpS oferecem conhecimentos, competências e experiência que complementam as funções dos prestadores de cuidados de saúde, políticos, *experts* em educação e outros profissionais cujo trabalho tem impacto sobre a saúde das populações (SOPHE, n.d.).

As NCHEC e as CNHEO, foram os anfitriões da Conferência *The Health Education Profession in the twenty-First Century: Setting The Stage*, decorrida em 1995 com o objetivo de promover uma discussão acerca de ideias que pudessem estimular ações que levassem ao progresso da profissão. A criação de um código de ética associado à profissão e uniformizado (visto que já existia um código de ética, mas considerado pouco adaptado e uniformizado a todos os profissionais) foi uma das atitudes sugeridas. Finalmente, em Fevereiro de 2011 a CNHEO aprovou o Código entretanto revisto, sendo difundido por todos os educadores de saúde, de modo a promover as melhores práticas para a profissão (CNHEO, 2011).

As NCHEC, AAHE e SOPHE (2010) reconheceram sete áreas de Responsabilidade ao Especialista em EpS (Quadro 2), com um conjunto associado de competências e sub-competências relacionadas com a EpS (Anexo II).

No entanto, ainda há alguma discrepância quanto ao número de domínios e competências específicas dos educadores de saúde internacionalmente, pelo que deverão ainda ser feitos esforços para contrariar esta situação.

Quadro 2 – Áreas de responsabilidade dos Especialistas em Educação para a Saúde

ÁREAS DE RESPONSABILIDADE DOS ESPECIALISTAS EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	
Área I	Avaliação das necessidades, vantagens e capacidades para a EpS
Área II	Planeamento da EpS
Área III	Implementação da EpS
Área IV	Condução da avaliação e pesquisa relacionada com a EpS
Área V	Administração e Gestão da EpS
Área VI	Ser uma pessoa de recurso na área da EpS
Área VII	Transmissão e defesa da Saúde e da EpS

Fonte: Adaptado de NCHEC, SOPHE e AAHE. *A competency-based framework for health education specialist*, 2010.

No que se refere às funções do educador de saúde na sua prática profissional, segundo a CNHEO (n.d.) são exemplos destas:

- avaliar, as necessidades individuais e da comunidade em EpS
- planejar, desenvolver, coordenar, implementar, gerir e avaliar programas de EpS
- identificar recursos para a EpS
- desenvolver marketing social e campanhas de mass media
- organizar / mobilizar as comunidades para a acção
- lidar com questões/conteúdos de saúde controversos
- promover discussão de assuntos relacionados com a EpS
- encorajar comportamentos saudáveis
- usar métodos de educação/formação variados
- desenvolver materiais de promoção da saúde – audiovisuais, impressos e eletrónicos
- realizar pesquisas relacionadas com a EpS
- escrever artigos científicos relacionados com a EpS

O Bureau of Labor Statistics (2012) refere também as funções inerentes a um educador de saúde, que vão um pouco de encontro às referidas anteriormente:

- avaliar as necessidades das populações em relação à EpS
- desenvolver programas e eventos para ensinar a população acerca de temas relacionados com saúde
- criar e distribuir cartazes, panfletos e outros materiais educativos relacionados com a saúde
- avaliar a eficácia programas e materiais utilizados na EpS
- ajudar a população a aceder a informações ou serviços de saúde
- supervisionar os recursos humanos que implementam os programas de EpS
- recolher e analisar dados para conhecer o público-alvo e melhorar os programas de EpS
- promotor depara a melhoria de recursos e políticas de saúde

No entanto, as funções descritas variam um pouco de acordo com o local onde estes educadores, no contexto americano, desempenham funções - instituições de saúde, escolas, departamentos de saúde pública ou empresas privadas.

3 – **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Ao longo deste capítulo serão apresentadas as características deste estudo, tais como o tipo, bem como a população-alvo e a amostra selecionadas, explicitando os critérios utilizados para tal. Serão também explicitados o método e o instrumento utilizados na colheita dos dados. Finalmente, será descrito o modo como foi realizado o tratamento dos dados.

3.1 - TIPO E DESENHO DO ESTUDO

O desenho de um estudo pode ser classificado no que diz respeito ao controlo das variáveis (Polit & Hungler, 1995) e ao propósito e método (Fortin, 1999).

Quanto ao controlo das variáveis, este estudo classifica-se como não experimental, visto que *“a manipulação não é tentada e nem tida como desejável; a ênfase recai sobre o mundo cotidiano e natural dos indivíduos”* (Polit & Hungler 1995, p.119).

No que se refere ao propósito e método, este estudo caracteriza-se como sendo descritivo simples, pois, segundo Fortin (1999, p.163), *“(...) consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta”*.

No presente estudo, tendo em conta os objetivos anteriormente definidos, optou-se igualmente por uma investigação qualitativa por se considerar a mais adequada.

O processo científico caracteriza-se por uma série de etapas sequenciais. Desta forma e dando continuidade ao estudo, torna-se necessário definir as variáveis, tendo por base o enquadramento teórico e os objetivos do estudo descritos anteriormente, dado que esta definição constitui a própria definição do objeto de estudo (Fortin, 1999).

Como o objetivo deste estudo não é compreender as variáveis que influenciam a variável dependente nem estabelecer relações causa-efeito, mas sim analisar e descrever a variável, esta foi denominada de variável de estudo.

Neste contexto foi definida como variável de estudo *“a opinião de docentes, não docentes e profissionais de saúde relativamente à formação profissional e específica de Educadores de Saúde”*.

De maneira a caracterizar o objeto de estudo foram identificadas as variáveis de atributo que lhe são inerentes. Assim, foram definidas como variáveis de atributo dos sujeitos da amostra: sexo, idade, profissão, tempo de exercício profissional, prática de exercício físico e habilitações académicas.

3.2 – AMOSTRA DO ESTUDO

Relativamente ao método de seleção da amostra podemos defini-la, baseando-nos em Fortin (1999, p.208) como não probabilística, uma vez que os elementos nela incluída foram escolhidos tendo em conta os critérios do investigador e não aleatoriamente. A amostra foi ainda intencional (ou por seleção racional), uma vez que, segundo Polit & Hungler (1995, p.148), *“o pesquisador pode seleccionar, intencionalmente (...) os sujeitos tidos como característicos da população em questão”*.

Assim, a amostra foi constituída por docentes e não docentes e profissionais de saúde, que exerciam funções em instituições de educação e de saúde e da região de Lisboa. Para seleção desta foram considerados os seguintes critérios de inclusão:

- Estar em funções durante o período de tempo em que ocorre o estudo;
- Querer participar neste estudo.

Os indivíduos foram selecionados no local de exercício profissional, tendo sido posteriormente realizada uma entrevista num local onde pudesse ser possível a gravação da mesma como um mínimo de ruído, até mesmo para facilitar a compreensão das perguntas.

Assim, a amostra total integrou 39 indivíduos:

- 11 docentes e 10 não-docentes (assistentes operacionais) que exerciam funções na Escola Básica 2.3 Gaspar Correia e Escola Secundária da Portela, em Loures
- nove enfermeiros e nove médicos que exerciam funções na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Dr. Renato Fortes e de Atouguia, do Centro de Saúde de Peniche (ARS Lisboa)

3.3 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

No que diz respeito ao método de recolha de dados, foi utilizada uma entrevista semiestruturada.

O guião da entrevista contemplou nove questões elaboradas de acordo com os objetivos do estudo e após a pesquisa bibliográfica realizada (Anexo III). Foi igualmente realizada uma entrevista preliminar como treino.

O pedido formal por escrito às instituições de saúde e educação da região de Lisboa onde foi aplicado o estudo foi também realizado previamente, eliminando assim qualquer implicação ética que poderia daqui advir (Anexo IV).

As entrevistas foram realizadas entre Outubro de 2011 e Janeiro de 2012 nos locais de exercício profissional de cada sujeito, durante o tempo dispensado por cada um para a mesma e após a autorização por escrito através do consentimento informado fornecido a cada sujeito (Anexo V). As entrevistas apresentaram a duração média de 7 minutos e 40 segundos. A gravação das entrevistas foi realizada com um telemóvel (*Samsung, modelo M 7600*) com a aplicação de gravador de voz do mesmo. Posteriormente foram integralmente transcritas.

3.4 – TRATAMENTO DOS DADOS

Considerando a abordagem qualitativa, na qual o objetivo da investigação *“é a descrição de um fenómeno experiencial, em que o co-investigador e o investigador estão ambos envolvidos para o compreender”*, como refere Fortin (1999, p.319), será utilizado como método de análise dos dados a análise de conteúdo segundo Bardin.

Assim, após a colheita dos dados é feito o seu tratamento através da codificação, a qual, segundo Bardin (2008, p.129), *“(...) corresponde a uma transformação (...) dos dados em bruto do texto (...)susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto (...)”*.

Após a codificação os dados recolhidos foram agrupados em categorias e subcategorias, através das Unidades de Registo (UR). Neste estudo as categorias foram definidas *à posteriori*, ou seja, elaboradas após a análise do material e tendo em consideração o enquadramento teórico e os objetivos do estudo.

Posteriormente, foi demonstrada a sua frequência mediante unidades de enumeração (Vala 1987, p.114), apresentada sob a forma de quadros.

Para tratamento dos dados em termos estatísticos foi utilizado o programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 20.0 para Windows do qual resultaram quadros, para uma compreensão visualmente mais facilitada dos resultados.

No que concerne às implicações éticas relativas aos resultados, pode ser referido que foi evitado qualquer juízo de valor ao longo da sua análise e apresentação. Para além disso, a cada transcrição foi associada uma letra (E) e um número (número da entrevista) (exemplo: E1 - Entrevistado nº1) de modo a anular qualquer possibilidade de se identificar o sujeito da mesma, ao mesmo tempo que facilitou a consulta dos quadros e referência a citações específicas de cada sujeito.

4 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi constituída por 39 sujeitos, dos quais fizeram parte nove enfermeiros, nove médicos, 11 assistentes operacionais e dez docentes. Dos dez docentes, quatro lecionavam Educação Física, dois Formação Cívica, dois Ciências Naturais, um Educação Visual, um Geografia e um Português.

Dos sujeitos da amostra, 28 eram do género feminino, 11 género masculino e 14 praticam atividade física de forma regular. A nível de habilitações académicas, 20 sujeitos possuem uma licenciatura, 9 têm o grau académico de mestrado, 3 concluíram o 12º ano de escolaridade e 7 possuem o 9º ano ou inferior .

A média de idades dos sujeitos da amostra é de 43 anos e média de anos de profissão é de 17 anos, sendo que a média de tempo de trabalho no local atual é de 11 anos (Anexo VI).

4.2 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS

Para dar resposta ao objetivo do estudo de descrever a *opinião de docentes, não docentes e profissionais de saúde relativamente à formação profissional e específica de Educadores de Saúde* houve necessidade de contextualizar o tema da EpS, refletindo-se esta necessidade nas questões colocadas aos sujeitos do estudo. Considerou-se pertinente conhecer algumas das definições relacionadas com a temática da EpS e de modo a fazer a ligação com a revisão bibliográfica realizada e outros estudos realizados anteriormente, pelo que se procurou conhecer as definições do conceito de *saúde e educar para a saúde*, na opinião dos mesmos, apesar de não terem sido delineados como objetivos específicos do estudo mas contribuir para a compreensão das respostas analisadas.

Assim, a primeira questão colocada refere-se ao **conceito de saúde** de cada entrevistado. Assim, após a análise dos resultados foram delineadas 14 categorias e sete subcategorias que se apresentam seguidamente.

Quadro 3 – Definição de saúde

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
Bem-estar	Físico	"bem-estar físico" E1, E2, E4, E7, E8, E10, E17, E18, E21, E22, E26, E28, E29, E31, E32, E34, E36, E39	18
		Sub-total	18
	Psicológico	"bem-estar(...) psicológico" E1, E4, E8, E18, E22, E28, E29, E31, E36, E39 "bem-estar (...) psíquico" E5, E10, E34 "bem-estar(...) mental" E17 "estar bem na vida, a nível (...) intelectual" E18	10 3 1 1
		Sub-total	15
	Social	"bem-estar físico(...) social." E2, E4, E7, E17, E31, E34, E36, "bem-estar (...) comunitário ou interpessoal.(...) integrado na Sociedade" E32 "bem-estar (...) inserido num determinado contexto e numa determinada época" E39	7 1 1
		Sub-total	9
	Comportamental	"bem-estar (...) agora associado também às vertentes(...) comportamentais." E2	1
		Sub-total	1
	Relacional	"bem-estar (...) relacional" E32 "um apoio familiar, amigos" E23	1 1
		Sub-total	2
	Emocional	"bem-estar (...) emocional" E7, E26	2
		Sub-total	2
	Completo	"sentir-se bem com ela própria" E6, E7, E9, E12, E13, E14, E16, E23 "completo bem-estar" E25, E30, E35, E37	7 4
Total Categoria: 58		Sub-total	11
Gostar do que se faz		"gostar daquilo que se faz." E1 "local de trabalho onde se passe bem e faça coisas que gostamos" E23	1 1
Total Categoria: 2			
Um bem		"a nossa maior riqueza." E3 "bem necessário, nas suas vertentes bio-psico-social." E24 "um bem que toda a gente deve ter direito." E27	1 1 1
Total Categoria: 3			
Fator condicionante de relacionamento com os outros		"se a gente tá mal não consegue (...) ajudar os outros." E3 "Quando estou bem tudo funciona bem e sinto-me bem até para mim e em relação aos outros." E12	1 1
Total Categoria: 2			
Ausência de doença		"nada que nos doa, nem nenhum mal-estar físico." E16 "Ausência de doença." E20	1 1
Total Categoria: 2			
Qualidade de Vida		"qualidade de vida." E6	1
Total Categoria: 1			
Satisfação de necessidades		"satisfeitas as suas necessidades básicas" E7, E18	2
Total Categoria: 2			
Cuidados pessoais consigo próprio/manutenção de estilo de vida saudável		"fazermos a nossa higiene, principalmente a higiene oral." E11 "boa alimentação" E12 "boa alimentação (...) exercício físico (...) ir ao médico, fazer análises, fazer exames" E8, E19	1 1 2
Total Categoria: 4			
Acesso a cuidados de saúde/unidades hospitalares ou profissionais de saúde		"pronto socorro (...) sítio onde a gente vai ser socorrida" E15	1
Total Categoria: 1			
Ter acesso a serviços públicos		"ter acesso aos serviços públicos como a saúde, a educação" E18	1
Total Categoria: 1			
Conceito subjetivo		"é muito intrínseco à própria pessoa" E22 "as pessoas, às vezes, têm problemas de saúde graves, mas não se sentem doentes, sentem-se bem" E23	1 1
Total Categoria: 2			
Serviço que é prestado		"serviço que nós prestamos à saúde, às pessoas, para o seu próprio bem. Quando estão mal, quando têm uma doença, um problema." E33	1
Total Categoria: 1			
Ambiente adequado		"ter o nosso canto, com conforto" E23 "estar num ambiente adequado" E29	1 1
Total Categoria: 2			
Estado de Equilíbrio		"Perfeito estado de equilíbrio, mental, físico, social, cultural do indivíduo na organização, no meio em que vive, em que interage." E38	1
Total Categoria: 1			
Total UE categorias			84

É clara e maioritariamente visível a importância que esta amostra atribuiu à categoria bem-estar na definição de saúde, com 58 unidades de enumeração (UE) à definição de saúde. Dentro desta categoria foram delineadas sete subcategorias: *físico*

(18 UE), *psicológico* (15 UE), *social* (nove UE), *completo* (11 UE), *emocional* (duas UE), *comportamental* (uma UE) e *relacional* (duas UE). (Quadro 3)

A subcategoria *físico* foi referida por todos os grupos profissionais, mais especificamente dois assistentes operacionais (AO), sete docentes, cinco enfermeiros e quatro médicos. A subcategoria *psicológico* foi igualmente transversal a todos os grupos profissionais entrevistados, tendo sido mencionada nas UR de um AO, seis docentes, cinco enfermeiros e dois médicos, tal como ilustra a UR “*bem-estar (...)comunitário ou interpessoal.(...)integrado na Sociedade*”E32.

A subcategoria *social* foi referida por quatro docentes, dois enfermeiros e três médicos, podendo-se destacar a seguinte UR, referida por um médico, como ilustrativa desta subcategoria: “*bem-estar (...)comunitário ou interpessoal.(...)integrado na Sociedade*”E32.

Da subcategoria *completo*, fazem parte UR referidas pelos quatro grupos profissionais, não havendo nesta subcategoria lugar a especificações quanto ao tipo de bem-estar ao qual a saúde se encontra associada.

A subcategoria *comportamental*, foi referida apenas uma vez por um docente e a *relacional* por um médico e um enfermeiro.

Para além da categoria bem-estar, puderam contabilizar-se duas UE relativas à categoria ausência de doença. (“*(...)nada que nos doa, nem nenhum mal-estar físico.*”E16; “*Ausência de doença.*” E20) mencionadas por um professor e um AO.

À categoria um bem, referida por dois médicos e um AO - (“*(...)a nossa maior riqueza.*”E3; “*(...)um bem que toda a gente deve ter direito.*”E27) - correspondem 3 UE, enquanto que com quatro EU (três AO e um professor) é possível ver a associação entre o conceito de saúde e a categoria cuidados que cada um tem consigo próprio, na manutenção de um estilo de vida saudável, havendo referências particulares a cuidados específicos – higiene, automedicação, sono – o que justificou a existência desta subcategoria (“*os medicamentos não tomar em excesso*” E3; “*fazermos a nossa higiene, principalmente a higiene oral.*” E11; “*O repouso*”E12; “*boa alimentação (...)*ir ao médico, fazer análises, fazer exames”E19).

Também reuniram duas UE as categorias conceito subjetivo (dois enfermeiros), ambiente adequado (dois enfermeiros) e satisfação de necessidades (dois docentes) como sinónimos de saúde, no prisma dos entrevistados. As categorias qualidade de vida (um docente), estado de equilíbrio (um enfermeiro), acesso a serviços de saúde (um docente) e uma prestação de serviços (um enfermeiro) tiveram uma UE.

Fazendo uma análise geral à categoria bem-estar, foram visíveis duas referências explícitas ao conceito de saúde da OMS (*“segundo a Organização Mundial de Saúde é um estado de completo bem-estar, quer físico, quer mental, quer social.”* E17; *“definições da OMS da história que vem desde saúde como ausência de doença acaba por ser a base, mas o bem-estar físico, social, psicológico, um bem-estar efetivo(...) são aquelas que representam melhor a definição de saúde”* E4), referidas por dois docentes. Ao longo das entrevistas foi visível a dificuldade dos entrevistados de definirem de forma unidimensional o conceito de saúde, pelo que ia sendo sempre acrescentado algum complemento à definição inicial, o que justifica que o total das UE tenha sido superior ao total dos sujeitos, visto que as respostas foram multivariadas e o mesmo sujeito focou diversos aspetos do conceito de saúde no seu discurso.

No que se refere ao conceito de **educar para a saúde**, na opinião de cada entrevistado, e para melhor contextualizar a definição de educador de saúde a analisar seguidamente, após a análise das respostas foram definidas cinco categorias através das respetivas UR (Quadro 4).

A categoria de aconselhamento, ensino e informação relativa à manutenção da saúde e estilos de vida saudáveis reuniu um total de 28 UE, no total das cinco subcategorias definidas: *promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis* (13UE), *intervenção na mudança de comportamentos* (duas UE), *ensino relativo a ferramentas e linhas orientadoras para a manutenção da saúde* (cinco UE), *ensino da importância de cuidados com a própria saúde* (quatro UE) e *ensino para a prevenção da doença* (três UE). As UR desta categoria foram transversais a todos os grupos profissionais, podendo observar-se UR referidas por médicos, enfermeiros, docentes e AO.

Na subcategoria *promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis* (13 UE) referida por cinco docentes, quatro enfermeiros e quatro médicos é dado ênfase à promoção de estilos de vida saudáveis, no sentido de dar a conhecer as melhores escolhas a fazer em prol de uma vida saudável, como se pode ver nas UR: *“escolhas dos melhores comportamentos e estilos de vida saudáveis”* E2, E4, E9; *“promover hábitos, atitudes e fornecer bases de maneira a que as pessoas consigam pensar de forma a atingir esse estado de saúde.”*E25, E37.

Quadro 4 – Definição do conceito *educar para a saúde*

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
Aconselhamento, ensino e informação relativa à manutenção da saúde e estilos de vida saudáveis	Promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis	“escolhas dos melhores comportamentos e estilos de vida saudáveis” E2, E4, E9	3
		“Ensinar como estar melhor a nível físico e a nível psíquico ” E5	1
		“quais são os princípios que devemos estabelecer (...) para termos esta qualidade de vida”E6	1
		“Educar ao nível de comportamentos, hábitos” E23, E30	2
		“fornecer informação que permita à pessoa conseguir manter um estado de saúde, mais ou menos bom.”E22, E27	2
		“promover hábitos, atitudes e fornecer bases de maneira a que as pessoas consigam pensar de forma a atingir esse estado de saúde.”E25, E37	2
		“dotar a população geral de conhecimentos que permitam tomar decisões mais informadas possíveis sobre a saúde, sobre o bem-estar.”E36	1
		“ensinar e educar as pessoas para determinados aspetos que possam estar relacionados com o bem físico deles e de tudo o que os rodeia”E39	1
	Sub-total		13
	Intervenção na mudança de comportamentos	“ensinar aos utentes ou às pessoas quais é que são os comportamentos, em termos de ir ao encontro do seu bem-estar.” E28	1
		“transmitir conceitos, ensinar, é fazer levar o outro a mudar a sua postura, a sua atitude, o seu hábito, a sua rotina” E38	1
	Sub-total		2
	Ensino relativo a ferramentas e linhas orientadoras para a manutenção da saúde	“Dar-lhes dicas, ferramentas que eles possam utilizar ao longo da vida para serem pessoas saudáveis.” E10, E14, E17, E29 “apontar medidas e exemplos(...) que possibilitem ou que levem as pessoas a terem comportamentos não agressivos para a sua vida” E32	4
			1
	Sub-total		5
Ensino da importância de cuidados com a própria saúde	“É dar uns bons conselhos, o que devemos fazer(...) lavar dentes, lavar as mãos antes das refeições, os medicamentos não tomar em excesso (...) ensinarmos as regras ”E3 “A alimentação é fundamental(...) O repouso”E12 “assumimos ter aquele mecanismo que é ter uma boa alimentação, ir regularmente ao médico”E19 “Transmitir conceitos que levem a uma postura perante a vida e que nos leve a ter determinados cuidados”E20	1	
		1	
		1	
		1	
Sub-total		4	
Ensino para a prevenção da doença	“ter uma saúde saudável e para que não tenhamos problemas mais tarde, quando tivermos certa idade.”E11 “prevenir várias doenças que possam surgir(...) pessoas informadas depois podem evitar várias doenças.”E16 “prevenir complicações através de medidas que possam melhorar o bem-estar do indivíduo”E35	1	
		1	
Sub-total		1	
Total Categoria: 28		Sub-total	3
Vertente importante na prática profissional Total Categoria: 2	“uma coisa que nós devíamos fazer e pensar e que não pensamos(...)”E21 “algo que é fundamental na nossa profissão ”E31	1	
		1	
Ensino para a atuação numa situação específica Total Categoria: 4	“como deveremos atuar uma situação que muitas vezes nós não temos conhecimento(...)”E1, E33 “como é que se há-de funcionar em relação a várias doenças(...)”E13 “os primeiros socorros ”E15	2	
		1	
		1	
Educação para a cidadania Total Categoria: 3	“educar para a responsabilidade, para o carácter, ao nível das responsabilidades (...) Lidar com os fracassos, lidar com as frustrações, também passa por aí, é transversal a toda a prevenção dos problemas de saúde.”E7 “nas aulas de formação cívica, chamar a atenção ”E8 “conceito muito amplo (...) presente no nosso quotidiano em tudo, nos nossos pequenos atos mesmo. (...) numa recolha de lixo conveniente ”E18	1	
		1	
		1	
Transmissão de conhecimentos Total Categoria: 2	“Ter conhecimento para poder ensinar como se faz ” E1 “as pessoas saberem falar da sua saúde ” E24	1	
		1	
Total UE categorias			39

Por oposição e apesar de se assemelhar com a subcategoria anterior, na subcategoria *intervenção na mudança de comportamentos*, com duas UE, é focada a intervenção específica sobre comportamentos pouco saudáveis, que se encontram já a contribuir negativamente para o estado de saúde do indivíduo e que por esse motivo necessitam de ser modificados. É bastante ilustrativa desta subcategoria a seguinte UR mencionada por uma enfermeira: *“transmitir conceitos, ensinar, é fazer levar o outro a mudar a sua postura, a sua atitude, o seu hábito, a sua rotina”* E38.

A subcategoria *ensino relativo a ferramentas e linhas orientadoras para a manutenção da saúde* reuniu cinco UE, com UR referidas por dois docentes, um AO e um enfermeiro.

Se a subcategoria *promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis* focava o ensino de forma um pouco inespecífica para a promoção saúde nesta subcategoria há menção particular à necessidade de fornecimento de ferramentas, para que o estado de saúde do indivíduo ou comunidade seja melhorado, como é legível nas UR: *“apontar medidas e exemplos(...) que possibilitem ou que levem as pessoas a terem comportamentos não agressivos para a sua vida”* E32 e *“Dar-lhes dicas, ferramentas que eles possam utilizar ao longo da vida para serem pessoas saudáveis.”* E10, E14, E17, E29.

A subcategoria *ensino da importância de cuidados com a própria saúde* apresentou quatro UE, com UR referidas por três AO e um docente, na qual é legível a importância atribuída aos cuidados de higiene, repouso e alimentação adequadas e idas regulares ao médico, tal como se lê nas UR: *“ (...) lavar dentes, lavar as mãos antes das refeições, os medicamentos não tomar em excesso (...) ensinarmos as regras”*E3; *“A alimentação é fundamental(...) O repouso”*E12; *“assumimos ter aquele mecanismo que é ter uma boa alimentação, ir regularmente ao médico”*E19.

Na subcategoria *ensino para a prevenção da doença* as UR, referidas por dois AO e um médico, foi dado ênfase à prevenção da doença como uma definição de educar para a saúde, com referências específicas à doença, como se pode ler nas UR *“prevenir várias doenças que possam surgir(...) pessoas informadas depois podem evitar várias doenças.”*E16 e *“prevenir complicações através de medidas que possam melhorar o bem-estar do indivíduo”*E35

A educação para cidadania foi uma categoria exclusivamente referida por docentes, com três UE, que referem a importância da educação para a responsabilidade, para mecanismos de resiliência, encontrando-se também associada à unidade curricular

de formação cívica, havendo até referência a uma adequada recolha de lixo como um ato de cidadania presente no dia-a-dia e que deverá, tal como tantos outros, ser alvo da EpS. São representativas desta categoria as seguintes UR: “(...)educar para a responsabilidade, para o carácter, ao nível das responsabilidades (...) Lidar com os fracassos, lidar com as frustrações, também passa por aí, é transversal a toda a prevenção dos problemas de saúde.”E7; “(...)nas aulas de formação cívica, chamar a atenção(...)”E8; “(...)conceito muito amplo (...) presente no nosso quotidiano em tudo, nos nossos pequenos atos mesmo. (...) numa recolha de lixo conveniente(...)”E18.

A categoria vertente importante na prática profissional foi referida por um AO e um enfermeiro, num total de duas UE, que mencionaram a importância da EpS na prática profissional, correspondendo às seguintes UR: “(...)uma coisa que nós devíamos fazer e pensar e que não pensamos(...)”E21 e “(...)algo que é fundamental na nossa profissão”E31.

A categoria ensino para a atuação numa situação específica reuniu um total de quatro UE com UR referidas por três AO e um enfermeiro. Nesta categoria foi dado ênfase ao ensino direcionado para uma determinada situação do quotidiano, havendo referências específicas a atuação numa situação de doença e de primeiros socorros, ambas referidas por AO: “como é que se há-de funcionar em relação a várias doenças(...)”E13; “os primeiros socorros”E15.

A transmissão de conhecimentos no sentido de ser capaz de transmitir o que se sabe foi outra das categorias identificadas como definição de *educar para a saúde*, com duas UE referidas por um médico e um AO.

Resumindo, as referências que relacionam o educar para a saúde com a manutenção da saúde e os estilos e comportamento de vida saudáveis foram as mais significativas e transversais a todos os grupos profissionais.

No que concerne à terceira questão colocada aos entrevistados, que corresponde à definição de **educador de saúde** (Quadro 5), equivalendo o conhecimento desta definição a um dos objetivos específicos do estudo delineado, foram identificadas cinco categorias.

Quadro 5 – Definição de Educador de Saúde

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
Alguém que realiza aconselhamento, ensino e informação relativa à manutenção da saúde e estilos de vida saudáveis	Promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis	“fornecer os conhecimentos, as informações para(...)estilos de vida mais saudáveis” E25,E29	2
	Sub-total		2
	Intervenção na mudança de comportamentos	“alguém que vai despertar no educando como estabelecer estes princípios e atividades para ter esta qualidade de vida ”E6	1
		“alguém que conseguisse trabalhar sobre os conceitos que estão ligados a essa área[ser saudável], de forma a que o alvo(...) perceber o que tem que fazer para não se prejudicar”E20	1
		“estabelecer uma relação de confiança com o ponto alvo (...) Arranjamos alternativas [de comportamentos e hábitos saudáveis] de acordo com os gostos daquela pessoa “E23	1
		“consegue (...)levar os outros a terem comportamentos saudáveis.”E24,E32	2
		“educar para o individuo alterar a sua postura, os seus hábitos”E38	1
	Sub-total		6
	Ensino relativo a ferramentas e linhas orientadoras para a manutenção da saúde	“pode ensinar como atuar em algumas situações”E1	1
		“tentar dizer-nos o que será melhor para nós”E12	1
		“ pessoa que nos ensina (...) as responsabilidades(...) o que se deve ou não fazer.” E3, E8	2
		“alguém que consiga esclarecer os alunos da melhor forma possível”E9	1
		“ tem uma especialidade(...)orientações para a nossa saúde”E11	1
“resolver pequenos problemas que nos possam surgir diariamente”E14		1	
“Fornece essas ferramentas aos alunos para que (...) tenham vidas saudáveis.”E17		1	
“ ensina talvez a melhorar a nossa saúde”E19		1	
“com base em conhecimentos científicos permite fornecer informação que pode ser utilizada pela pessoa, que permite ter uma saúde conservada.”E22		1	
“vai transmitir a educação para a saúde.”E27		1	
Ensino para a prevenção e gestão da doença	“pessoa responsável pela disseminação desses conhecimentos [para tomar decisões mais informadas sobre a saúde e bem-estar]”E36	1	
	“pessoa devidamente formada e certificada numa área relacionada com a saúde, que vai conseguir com que os seus conhecimentos teórico e práticos sirvam de modelo a outras pessoas.”E39	1	
Sub-total		13	
Total Categoria: 26		Sub-total	5
Profissional de apoio aos programas de saúde		“fornecedor de informação da saúde e também de apoio ao centro de saúde e do hospital para apoiar os programas de saúde.”E26	1
Total Categoria: 1			
Profissionais de saúde		“têm mais a ver com o foro médico (...)enfermeiros, médicos, por profissões mais paralelas em relação à saúde.”E21	1
		“pessoa responsável que sabe de medicina onde pode esclarecer todas as dúvidas que as pessoas lhe ponham.”E13	1
		“ um médico”E15	1
		“profissionais de saúde, um enfermeiro, um médico, um nutricionista, qualquer profissional de saúde, tem que ser um formador para a saúde.”E28	1
		“o papel do enfermeiro agora nos cuidados de saúde primários”E30	1
		“O educador de saúde é o profissional de saúde e o nosso papel é educar” E31	1
		“ De alguma forma, os profissionais de saúde também têm formação para isso ou deverão ter. (...) tanto a nível de enfermagem como médico”E34	1
		“um médico, um enfermeiro”E37	1
Total Categoria: 8			
Profissionais de educação		“todos os profissionais de educação têm que estar envolvidos na educação para a saúde”E4	1
Total Categoria: 1			
Sociedade		“ devemos ser todos, numa vertente mais geral” E2	1
		“Todo aquele que aproveita ou cria o momento, a oportunidade para fazer	

Sociedade (continuação)	<i>essa aprendizagem, para fazer essa reflexão”E7</i>	1
	<i>“Todos nós um pouco, professores, pedagogos, família, pais, comunicação social, amigos, todos, sociedade no geral.” E10</i>	1
<i>Total Categoria: 4</i>	<i>“devemos ser todos (...)comunicação social(...)escola(...)”E18</i>	1
Total UE categorias		40

A primeira categoria foi a reuniu mais UE, e corresponde a alguém que realiza aconselhamento, ensino e informação relativa à manutenção da saúde e estilos de vida saudáveis (26 UE), da qual fazem parte quatro subcategorias: *promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis* (duas UE), *intervenção na mudança de comportamentos* (seis UE), *ensino relativo a ferramentas e linhas orientadoras para a manutenção da saúde* (13 UE) e *ensino para a prevenção e gestão da doença* (cinco UE). Foram ainda definidas as categorias profissionais de saúde (oito UE), sociedade (quatro UE), profissionais de educação (uma UE), e profissional de apoio aos programas de saúde (uma UE)

As UR referentes à categoria alguém que realiza aconselhamento, ensino e informação relativa à manutenção da saúde e estilos de vida saudáveis foram transversais a todos os grupos profissionais de forma bastante equilibrada. Nesta categoria faz-se uma definição do educador de forma operacional, ou seja, descreve-o como o ator da ação descrita, em todas as suas vertentes, neste caso nas categorias identificadas.

Reportando-nos às subcategorias da categoria acima referida, a subcategoria *promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis* reuniu UR de um médico e um enfermeiro que focaram os estilos de vida como um alvo da abordagem do educador de saúde.

A subcategoria *intervenção na mudança de comportamentos* reuniu UR de dois médicos, dois enfermeiros e dois docentes. A UR que talvez melhor ilustrem esta subcategoria são: “*educar para o individuo alterar a sua postura, os seus hábitos*”E38, referida por um enfermeiro, e “*consegue (...)levar os outros a terem comportamentos saudáveis.*”E24,E32 referidas por dois médicos. Apesar da intervenção para a mudança de comportamentos estar implícito, na UR referida por um enfermeiro “*estabelecer uma relação de confiança com o ponto alvo (...) Arranjamos alternativas [de comportamentos e hábitos saudáveis] de acordo com os gostos daquela pessoa*”E23 foi perceptível a valorização da vertente relacional, sobrepondo-se à vertente educativa.

A subcategoria *ensino relativo a ferramentas e linhas orientadoras para a manutenção da saúde* foi referida maioritariamente por AO (seis), mas também por

docentes (três), enfermeiros (dois) e médicos (dois). São exemplos das UR desta subcategoria *“Fornece essas ferramentas aos alunos para que (...) tenham vidas saudáveis.”E17* (referida por docente); *“tem uma especialidade(...)orientações para a nossa saúde”E11*(referida por AO). Poderão ainda destacar-se mais duas UR (ambas referidas por enfermeiros) representativas desta subcategoria onde se vê explicitamente a referência à necessidade do educador ter conhecimentos cientificamente fundamentados e uma formação específica devidamente certificada que o vai permitir partilhar os seus conhecimentos para que estes sirvam de linha de orientação para a manutenção da saúde e para que as suas intervenções sejam eficazes: *“pessoa devidamente formada e certificada numa área relacionada com a saúde, que vai conseguir com que os seus conhecimentos teórico e práticos sirvam de modelo a outras pessoas.”E39* e *“com base em conhecimentos científicos permite fornecer informação que pode ser utilizada pela pessoa, que permite ter uma saúde conservada.”E22.*

Na subcategoria *ensino para a prevenção e gestão da doença* foram encontradas UR de todos os grupos profissionais, nomeadamente um AO, um docente, um enfermeiro e dois médicos. Nesta subcategoria privilegiou-se a prevenção ou gestão da doença já existente como uma definição de educador de saúde, tal como ilustram as UR *“técnico que explique às pessoas o que poderão fazer perante certas situações de doença, de patologias que têm.”E33* e *“ajudar todo o individuo(...) lidarem com a doença, a saber como se autodefender de doenças, patologias”E35*, mencionadas respetivamente por um enfermeiro e um médico.

A categoria profissional de apoio aos programas de saúde com uma UE à qual corresponde a UR referida por um médico - *“fornecedor de informação da saúde e também de apoio ao centro de saúde e do hospital para apoiar os programas de saúde”E26* – faz referência ao educador de saúde como um elo de ligação entre os diferentes cenários de saúde e suporte aos programas de saúde existentes.

A categoria profissional de saúde reuniu um total de oito UE no que se refere à definição de um educador de saúde, contendo UR de três enfermeiros, dois médicos e três AO. As UR desta categoria fazem referência explícita a profissões da área da saúde, à exceção de uma UR na qual há referência aos profissionais de saúde de uma forma genérica *“O educador de saúde é o profissional de saúde e o nosso papel é educar” E31*. Em todas as outras UR há referência explícita ao médico como educador de saúde e ao enfermeiro em cinco delas. Uma das referências exclusivas ao enfermeiro como educador de saúde relaciona-o também com os cuidados de saúde primários e as suas

funções neste cenário: “(...) o papel do enfermeiro agora nos cuidados de saúde primários(...) qualquer tipo ensinamentos que fazemos aos doentes.”E30 Há ainda referência específica a nutricionistas numa das UR: “ (...) consegue fazer os ensinamentos no que diz respeito aos comportamentos de saúde por parte dos utentes. Em princípio serão profissionais de saúde, um enfermeiro, um médico, um nutricionista, qualquer profissional de saúde, tem que ser um formador para a saúde.”E28.

Outra das categorias identificadas foi sociedade, no sentido de *todos nós*, referido exclusivamente por docentes e reunindo quatro UE, com as seguintes UR: “(...)devemos ser todos, numa vertente mais geral” E2; “Todo aquele que aproveita ou cria o momento, a oportunidade para fazer essa aprendizagem, para fazer essa reflexão”E7; “Todos nós um pouco, professores, pedagogos, família, pais, comunicação social, amigos, todos, sociedade no geral.” E10. Pertencente a esta categoria encontra-se ainda mais uma UR com a única referência específica ao papel da comunicação social, os *mass media*, como educadores de saúde “(...)devemos ser todos (...)comunicação social(...)escola(...)”E18.

A categoria profissional de educação teve um total de uma UE, reconhecendo o papel do docente como educador de saúde, sendo referida unicamente por um docente, com a seguinte UR: “(...)todos os profissionais de educação têm que estar envolvidos na educação para a saúde(...)”E4.

Fazendo a ponte com a questão relativa ao conceito de *educar para a saúde* analisada anteriormente, podem referir-se uma categoria em comum, na qual o educador é alguém cuja função é realizar a própria categoria identificada no conceito de *educar para a saúde*: aconselhamento, ensino e informação relativa à manutenção da saúde e estilos de vida saudáveis. Ou seja, é o ator que põe em curso as ações descritas. As subcategorias identificadas para esta categoria foram também semelhantes em ambos os conceitos analisados: educar para a saúde e educador de saúde. Na subcategoria *ensino para a prevenção da doença*, houve uma diferença que vale a pena destacar, já que na definição do conceito de educador de saúde por parte dos entrevistados houve lugar a UR com referências explícitas à gestão da doença eventualmente já existente, para além da prevenção, algo que não foi referido no conceito de educar para a saúde. A categoria ensino da importância de cuidados específicos com a própria saúde (nomeadamente cuidados de higiene, sono, automedicação) também não foi referida aquando da tentativa de definição de educador de saúde, pelo que não foi identificada como uma

subcategoria nesta situação, ao contrário da definição do conceito de educar para a saúde.

Após a análise dos dados das questões abordadas acima, é relevante fazer a ponte com a busca do objetivo específico de conhecer a definição que os profissionais de saúde, docentes e não docentes têm do conceito de *saúde, educação para a saúde e educador de saúde*. Pode referir-se que as respostas puderam caracterizar estes conceitos, com alguma diversidade de categorias e subcategorias, tornando a caracterização mais completa e variada, abordando vários aspetos de cada conceito. Os resultados encontrados relativamente aos conceitos *educador de saúde* e *educar para a saúde* foram semelhantes nalguns aspetos havendo mesmo categorias e subcategorias coincidentes, ressaltando que o educador seria quem executaria as categorias e subcategorias encontradas.

Para dar resposta ao objetivo específico de compreender se os docentes, não docentes e profissionais de saúde se consideram educadores de saúde na sua profissão foi colocada esta mesma questão aos sujeitos da amostra, cujas respostas se analisam seguidamente.

Nesta questão relativa ao **autoidentificação como educador de saúde**, que corresponde a outros dos objetivos do estudo, puderam construir-se três categorias: sim, não e não sabe.

A categoria sim, reuniu 32 UE, sendo transversal a todos os grupos profissionais: nove docentes, oito AO, seis médicos e nove enfermeiros. A esta categoria correspondem três subcategorias: *contacto permanente com os alunos* (nove UE), *associação às competências e desempenho profissionais* (22 UE) e *obrigatoriedade* (uma UE) (Quadro 6).

A subcategoria *obrigatoriedade* pertencente à categoria sim, apresenta uma UE, onde na respetiva UR é legível esta justificação para o entrevistado (docente de formação cívica) se considerar um educador de saúde “Tenho que ser. Até porque é obrigatório na disciplina de formação cívica(...) por *obrigatoriedade*, somos levados a ser também educadores para a saúde”E8.

Quadro 6 – Auto identificação como educador de saúde na profissão

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
Sim	Obrigatoriedade	“Tenho que ser(...)é obrigatório na disciplina de formação cívica(...) por obrigatoriedade”E8	1
		Sub-total	1
	Contacto permanente com os alunos	“sim (...) trabalhamos com crianças e as crianças muitas vezes não vêm com isso de casa.”E3	1
		“Muitas vezes(...) Somos um bocadinho enfermeiros! Primeiros socorros!”E5	1
		“Sim (...) Porque consigo orientar os miúdos antes de entrarem para a aula, lavarem as mãos, ao sair a mesma coisa.”E11	1
		“pequenas coisas que a gente tenta ver(...)estão deprimidos(...)na parte alimentar”E12	1
		“Se algum aluno me abordar a qualquer tipo de assunto em relação à saúde e que eu saiba responder, eu sou pessoa acessível para responder ao aluno.”E13	1
		“tento resolver alguns casos que surjam diariamente”E14, E15	2
		“há certas coisas que conseguimos alertar as crianças para que não façam, porque lhes vai prejudicar a saúde”E16	1
		“nós aqui somos tudo, somos enfermeira, somos mãe, somos empregadas de limpeza”E21	1
		Sub-total	9
	Associação às competências e desempenho profissionais	“faço precisamente esse tipo de abordagens nas minhas aulas(...)ao longo do ano de acordo com os escalões etários que vou lecionando” E2	1
		“um dos deveres do profissional de educação física, é educar para a saúde”E4	1
		“ enquanto professora de ciências (...) abordamos muitas das questões que têm a ver com saúde”E6	1
		“Eu sou professor de educação visual e tecnológica portanto a higiene e segurança no trabalho é algo muito importante nas nossas atividades”E7	1
		“quando surgem dúvidas e agora então com a educação sexual”E9	1
		“sou um pedagogo(...) e tento transmitir aos meus alunos valores e referências saudáveis”E10	1
		“não só na minha profissão, eu desafio sempre que posso pessoas para terem comportamentos mais saudáveis(...)”E18	1
		“é isso que eu faço(...) conselhos acerca de alguma coisa, inclusivamente da necessidade de cuidados de saúde que as pessoas têm”E22	1
		“ Considero, porque nós somos extremamente importantes nas consultas (...)hábitos de vida”E23	1
		“privilegio um bocadinho esse aspeto no desempenho(...) consigo ser educadora naquela presença diária com os doentes”E24	1
		“ Na minha profissão, faço(...) não só quando os utentes estão doentes como também para prevenir as doenças.”E26	1
		“faz parte das competências do enfermeiro educar, de modo a ir de encontro às ações que são previstas que os utentes tenham.”E28	1
		“constantemente temos que estar os utentes a fazer ensinso sobre(...) o seu estado de saúde, como mantê-lo, como melhorá-lo.”E29	1
		“no dia-a-dia há muitas oportunidades disso(...) acabamos por educar hábitos correctos”E30	1
		“Nós enfermeiros temos a parte técnica e a parte de informação para a saúde”E31, E33	2
		“ Há uma vertente de educação para a saúde, na minha profissão”E34	1
		“É uma das minhas competências, através da promoção da saúde nos cuidados primários.”E35	1
		“ Sem dúvida que sim, é uma vertente importante. De qualquer grupo profissional de saúde, médicos, enfermeiros, sobretudo.”E36	1
		“ Sim, porque procuro fornecer todos esses conceitos”E37	1
		“como enfermeira, acabo por estar sempre a educar para a saúde, no sentido em que eu acho que estou sempre a acrescentar algo de novo aquilo que a pessoa não sabe.”E38	1
		“Porque todos os dias em todas as coisas que nós fazemos passamos sempre um bocadinho ao nosso utente”E39	1
Total Categoria: 32		Sub-total	22
Não	Falta de tempo	“Não. Porque ando sempre a correr”E19	1
		“ Já fui, agora não”E27	1
		Sub-total	2
	Falta de competências ou conhecimentos específicos	“os conhecimentos não são suficientes” E1 “não tenho formação para ser educadora de saúde”E17 “não tenho essa competência”E20	1 1 1
Total Categoria: 5		Sub-total	3
		“É difícil educar as pessoas mais velhas.”E25	1

Não sabe	<i>“em alguns aspetos sim, mas noutros não consigo de maneira nenhuma transmitir a mensagem.”E32</i>	1
Total Categoria: 2		Total UE categorias 39

Na subcategoria *contacto permanente com os alunos* (nove UE) a maioria das UR são pertencentes ao grupo profissional dos AO (oito de nove UE), sendo que as mesmas fazem referência específica ao trabalho próximo com crianças, sendo este o motivo para se considerarem educadores de saúde na sua prática profissional. Podem ver-se UR como *“Eu sim, também faz parte(...) trabalhamos com crianças e as crianças muitas vezes não vêm com isso de casa.”E3*; *“ eu sinto! Se algum aluno me abordar a qualquer tipo de assunto em relação à saúde e que eu saiba responder, eu sou pessoa acessível para responder ao aluno.”E13*. Neste grupo profissional houve ainda referências particulares à orientação dos alunos relativamente aos cuidados de higiene (*“Sim (...) Porque consigo orientar os miúdos antes de entrarem para a aula, lavarem as mãos, ao sair a mesma coisa.”E11*), alimentação (*“tento, na medida do possível (...) pequenas coisas que a gente tenta ver (...)estão deprimidos(...)na parte alimentar”E12*) e hábitos que lhes possam prejudicar a saúde (*“Não como um educador profissional de saúde, mas há certas coisas que conseguimos alertar as crianças para que não façam, porque lhes vai prejudicar a saúde”E16*). Houve ainda referência à necessidade/obrigatoriedade de ter um desempenho como que multiprofissional e inespecífico durante o exercício da função: *“também sou um pouco(...), nós aqui somos tudo, somos enfermeira, somos mãe, somos empregadas de limpeza”E21*.

Na subcategoria *associação às competências e desempenho profissionais* (22 UE) e no que diz respeito aos docentes, é visível a referência explícita à unidade curricular que lecionam de modo a fazerem a ponte com a vertente de educador de saúde que integram na sua atividade profissional. Nas UR descritas deste grupo profissional são encontradas alusões claras ao conceito de estilos de vida saudáveis, educação sexual e adaptação aos diferentes escalões etários aos quais serão adaptados os ensinamentos: *“Sou, considero que sim.(...)faço precisamente esse tipo de abordagens nas minhas aulas relativamente à alimentação, aos estilos de vida saudáveis, às questões da sexualidade e tento abordar isso ao longo do ano de acordo com os escalões etários que vou lecionando” E2*; *“(…) quando surgem dúvidas e agora então com a educação sexual acabo por ser um pouco uma educadora para a saúde”E9*. .

Há ainda uma referência à higiene e segurança do trabalho como forma de encarnar o papel de educador de saúde na prática profissional: *“ Claramente. Eu sou*

professor de educação visual e tecnológica portanto a higiene e segurança no trabalho é algo muito importante nas nossas atividades.”E7. A pedagogia como um veículo facilitador do papel de educador de saúde foi também mencionada uma vez: “ Sim(...) sou um pedagogo(...) e tento transmitir aos meus alunos valores e referências saudáveis”E10. Houve ainda referência à continuidade do trabalho de educador fora da atividade profissional, havendo lugar a esta função de forma informal: “sim, assumo-me como tal e não só na minha profissão, eu desafio sempre que posso pessoas para terem comportamentos mais saudáveis, nomeadamente na atividade física”E18

Algumas das UR associam a especificidade da unidade curricular lecionada à autoidentificação como educador de saúde, como por exemplos: “*um dos deveres do profissional de educação física, é educar para a saúde*”E4, correspondente a um docente de educação física e “ *enquanto professora de ciências, considero-me uma educadora de saúde(...) abordamos muitas das questões que têm a ver com saúde*”E6 correspondente a uma docente de ciências naturais.

No que refere ao grupo profissional dos médicos, é identificável também a referência ao educador de saúde como um papel importante da sua prática profissional, com menções específicas à prevenção da saúde, à promoção da saúde no cenário dos cuidados de saúde primários e as competências inerentes à profissão. As UR que melhor ilustram estas referências são: “ *Na minha profissão, faço(...) não só quando os utentes estão doentes como também para prevenir as doenças.*”E26; “ *Há uma vertente de educação para a saúde, na minha profissão*”E34; “ *Tento ser. É uma das minhas competências, através da promoção da saúde nos cuidados primários.*”E35.

Na categoria não (que reuniu cinco UE: duas AO, dois professores e um médico) foram definidas duas subcategorias: *falta de tempo* (duas UE – um AO e um médico) e *falta de competências ou conhecimentos específicos* (três UE – um AO e dois docentes).

Será interessante, nesta categoria, fazer a ponte entre UR de docentes que se enquadraram na categoria sim (como referidos acima) e docentes que se enquadraram na categoria não, ainda que lecionem a mesma unidade curricular, visto terem uma conceção distinta quanto à própria identificação como educador de saúde, sendo, respetivamente, de educação física e ciências naturais: “*educadora de saúde não(...) não tenho essa competência. Está ligado à minha profissão a transmissão de determinados cuidados que podem minimizar fatores no organismo que podem criar desajustes. Na minha área, promovo a saúde através da atividade física.*”E20 assim

como “(...) *não tenho formação para ser educadora de saúde (...) Tento ajudar os alunos naquilo que posso, mas considerar-me uma educadora de saúde, não.*”E17.

Foram ainda identificadas duas UR referidas por médicos, relativas à categoria não sabe, o único grupo profissional que se identificou nesta subcategoria: “*É difícil educar as pessoas mais velhas.*”E25; “(...) *algumas facetas sim, noutras não. Acho que em alguns aspetos sim, mas noutros não consigo de maneira nenhuma transmitir a mensagem.*(...)”E32.

Torna-se importante referir que todos os enfermeiros se identificaram como educadores de saúde, sendo o único grupo profissional unânime nesta categoria. Oito dos dez AO também se consideraram educadores de saúde na sua prática profissional, assim como nove dos onze docentes. Seis dos nove médicos entrevistados também se consideraram educadores de saúde no seu desempenho profissional, havendo um que não se identificou como tal e dois que não souberam como se identificar nesta questão. No total, cinco dos 39 entrevistados não se consideraram educadores de saúde, nomeadamente dois AO, dois docentes e um médico, contra 32 que se identificaram como tal.

Para dar resposta à questão de identificar **necessidade de formação específica na área da educação para a saúde** (EpS), foram definidas três categorias após análise das respostas à pergunta “*Sente falta de formação na área da EpS?*”: não, sim e talvez e sete subcategorias. Na categoria sim foram identificadas as seguintes subcategorias: *ações de formação* (sete UE), *formação de base* (duas UE), *formação contínua e atualização de conhecimentos* (oito UE), *abrangente na área da EpS* (14 UE). Na categoria não foram identificadas as subcategorias *boa preparação do curso de base* (duas UE), *investimento na formação contínua* (duas UE) e *competência profissional* (uma UE). A categoria talvez teve uma UE (médico) (Quadro 7).

No que se refere à categoria sim, esta teve a maioria das UE, num total de 31, transversais a todos os grupos profissionais (nove AO, nove professores, sete enfermeiros e seis médicos).

Quadro 7 – Necessidade de formação específica na área da EpS

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
Sim	Ações de formação	“ações de formação mas não são suficientes(...)”E1, E13, E14, E 15, E19, E21	6
		“gabinete da escola da educação para a saúde às vezes chama os enfermeiros dali do centro de saúde e vem cá fazer umas aulas de formação”E8	1
	Sub-total		7
	Formação de base	“no curso de base devia haver uma cadeira direcionada” E9	1
		“é uma área que poderia ser mais aprofundada na formação geral, enquanto curso de enfermagem”E38	1
	Sub-total		2
	Formação contínua e atualização de conhecimentos	“temos de ir sempre à procura desses conhecimentos novos (...) não temos um conhecimento específico e precisamos de formação.”E2	1
		“nossa formação nunca está completada, é sempre uma etapa e necessito de formação”E10	1
		“é necessário uma atualização constante” E23	1
		“Sinto um bocadinho de falta de formação continua”E28	1
		“há necessidade de educação específica (...) O educador para a saúde tem que estar sempre a aprender para estar sempre a educar.”E32	1
		“há um bocadinho de falta de formação(...) tento ir sempre a certas formações”E33	1
		“Ninguém nos ensinou, é uma coisa que se vai aprendendo(...)Principalmente na vertente de cuidados primários, eu acho que é essencial.”E36	1
		“procuro fazer formação, procuro-me atualizar.”E37	1
	Sub-total		8
	Abrangente na área da EpS	“acho que devia haver mais formação”E3	1
		“devia haver um bocadinho de formação a esse nível”E5	1
		“acho que a formação é sempre importante para qualquer professor”E6	1
		“Acho que isso nunca tem fim(...) Estamos sempre a aprender”E12	1
		“há certas coisas que a pessoa tem conhecimento de ouvir, ou de ler, através da televisão. Mas é sempre bom sabermos algo mais porque há (...) coisas que desconheço”E16	1
“Há falta de formação, sem dúvida”E17		1	
“era importante que houvesse, para já um projeto mais consistente em termos de educação para a saúde, depois que houvesse de facto formação”E18		1	
“ todos nós professores, deveríamos ter conhecimentos nesta área(...) trabalho muito pouco os fatores que promovem ou não a saúde.”E20		1	
“acabamos por nos adaptar as situações e também, quando temos dificuldades, no dia a seguir ou à noite vamos procurar e informamo-nos.”E22		1	
“formação para as pessoas aderirem a hábitos de vida saudáveis”E24		1	
“era uma coisa importante. Para um jovem médico”E27		1	
“Em algumas áreas, sim(...) saúde infantil, planeamento familiar” E29		1	
Total Categoria: 31		Sub-total	14
Não	Boa preparação no curso base	“as licenciaturas das faculdades, portanto, os licenciados na FMH e equivalentes acho que vêm bem preparados a esse nível.”E4	1
		“Especificamente na área da educação visual e tecnológica não”E7	1
	Sub-total		2
	Investimento na formação contínua	“nós é que temos que procurar”E30	1
		“tenho algumas ferramentas que adquiri na área da formação(...)tenho algum à vontade na formação.”E39	1
	Sub-total		2
	Competência profissional	“(...) não. Eu faço muito bem na minha consulta”E26	1
Sub-total		1	
Total Categoria: 7		Sub-total	2
Talvez		“Eventualmente”E34	1
Total Categoria: 1		Sub-total	1
Total UE categorias			39

Nesta categoria (sim) a subcategoria *ações de formação* foi referida maioritariamente por AO (seis UE), que referem falta de ações de formação

direcionadas para a EpS. São ilustrações destes achados as seguintes UR: *“Sim, sem dúvida. Por vezes há ações de formação mas não são suficientes(...)”E1*; *“Sim(...) pela televisão é que a gente obtém mais informação, porque aqui não temos. (...) ações de formação que possamos ter aqui, nunca se aborda este tema, a não ser uma vez que foi socorrismo, mas isso só não chega, é muito pouco”E13*.

Houve ainda um docente que referiu esta necessidade (uma UE) fazendo menção a ações de formação que por vezes são realizadas por enfermeiros na escola *“Sim, podia ter uma formação(...) gabinete da escola da educação para a saúde às vezes chama os enfermeiros dali do centro de saúde e vem cá fazer umas aulas de formação”E8*.

A subcategoria *formação de base*, com duas UE, reuniu UR de um docente e um enfermeiro, fazendo o último relevo à importância no investimento na formação em EpS na formação de enfermeiros, que trará posteriormente e consequentemente ganhos em saúde (*“sim porque acredito que é uma área que poderia ser mais aprofundada na formação geral, enquanto curso de enfermagem(...) terá que ser também uma área mais trabalhada, mais aprofundada na formação do enfermeiro, neste caso, para obter esses ganhos em saúde, um dia mais tarde”E38*). A UR referida pelo professor refere-se à necessidade e importância de uma disciplina específica de EpS na licenciatura, de modo a melhor corresponder às necessidades de intervenção nesta área (*“no curso de base devia haver uma cadeira direcionada” E9*).

A subcategoria *formação contínua e atualização de conhecimentos* apresentou um total de oito UE, tendo sido referida por professores (duas UE), enfermeiros (três UE) e médicos (três UE).

Uma das UR referidas por um professor focou especificamente temáticas da EpS nas quais considerava necessária mais formação: *“Sim, eu acho que nós temos de ir sempre à procura desses conhecimentos novos, ao nível das questões dos primeiros socorros, ao nível das questões das doenças sexualmente transmissíveis(...)podemos ter um conhecimento geral mas não temos um conhecimento específico e precisamos de formação.”E2*. Um enfermeiro fez menção específica a uma lacuna na formação contínua associada a ferramentas pedagógicas para o ensino à população: *“Sinto um bocadinho de falta de formação contínua (...) não somos muito bem preparados, ao nível dos métodos de ensino, de como ensinar essas pessoas.”E28*.

A carência de investimento na formação contínua foi também referida no grupo profissional dos médicos (*“há necessidade de educação específica (...) O educador para a saúde tem que estar sempre a aprender para estar sempre a educar.”E32*),

havendo também, por parte de um médico a alusão aos cuidados de saúde primários como cenário principal desta necessidade, no qual sentiu a obrigatoriedade de aprender por si próprio, referindo que não houve nunca formação na área da EpS: *“Ninguém nos ensinou, é uma coisa que se vai aprendendo(...) mas sim. Principalmente na vertente de cuidados primários, eu acho que é essencial.”*E36.

Na subcategoria *abrangente na área da EpS*, com um total de 14 UE (cinco professores, três AO, três médicos e três professores) pode ser destacada a referência, por parte de um professor, à necessidade de uma abordagem mais profunda quanto à falta de formação na área, frisando mesmo o interesse de mais consistência no desenvolvimento de projetos na área da EpS: *“era importante, sim (...) era importante que houvesse, para já um projeto mais consistente em termos de educação para a saúde, depois que houvesse de facto formação”*E18. Uma das UR (referida por um enfermeiro) fez ainda menção a temáticas específicas nas quais considerou haver necessidade de mais formação, como se pode ler: *“Em algumas áreas, sim(...) saúde infantil, planeamento familiar”* E29.

Pode ainda referir-se uma UR referida por um AO que identifica os *media* como um meio de obtenção de informações de saúde, sendo no entanto insuficiente para conseguir aplicar essas informação no seu quotidiano profissional, pelo que sente necessidade de formação na área da EpS: *“há certas coisas que a pessoa tem conhecimento de ouvir, ou de ler, através da televisão. Mas é sempre bom sabermos algo mais porque há (...) coisas que desconheço”*E16

A categoria não relativa à necessidade sentida de formação específica na área da EpS teve um total de sete UE, tendo sido transversal a todos os grupos profissionais entrevistados (dois professores, dois enfermeiros, dois médicos e um AO). Nesta categoria puderam identificar-se três subcategorias: *boa preparação no curso base* (duas UE), *investimento na formação contínua* (duas UE) e *competência profissional* (uma UE).

A subcategoria *boa preparação no curso de base* foi apenas mencionado por professores, considerando suficiente a abordagem da temática da EpS durante a licenciatura: *“as licenciaturas das faculdades, portanto, os licenciados na FMH e equivalentes acho que vêm bem preparados a esse nível.”*E4; *“Especificamente na área da educação visual e tecnológica não”*E7.

A subcategoria *investimento na formação contínua* foi referida apenas por enfermeiros. Numa das UR houve a referência específica à procura de formação se

assim se achasse necessário, não existindo referência a falta de formação na área da EpS, visto que esta tem que ser uma construção do próprio sujeito: “*nós é que temos que procurar*”E30. A outra UR corresponde a um enfermeiro (“*tenho algumas ferramentas que adquiri na área da formação(...)tenho algum à vontade na formação.*”E39) que por ter investido nesta área de formação não considera igualmente a falta de formação na área da EpS, ou seja, a formação, na aceção destes entrevistados não é insuficiente, os interessados nela é que a devem procurar.

Na subcategoria *competência profissional* encontram-se UR referidas por um médico, que por se considera competente na área da EpS não considerou haver lacunas de formação nesta área. A UR ilustra bem a subcategoria identificada: “*(...) não. Eu faço muito bem na minha consulta*”E26.

Foram ainda colocadas duas UR na categoria não, que por não referirem nenhum complemento à justificação da resposta não foram correspondidos com nenhuma subcategoria.

Por fim, foi encontrada uma única UE para a categoria talvez, com a UR “*Eventualmente.*”E34, referida por um médico, que não aprofundou mais a sua resposta.

Como complemento a esta análise, pode ainda ser feita uma observação dos resultados a esta questão, no que se refere à divisão por grupos profissionais entrevistados, como se pode ver na Tabela 1.

Tabela 1 – Necessidade de formação na área da EpS por grupos profissionais

		Profissão dos participantes				
		AO	Docente	Enfermeiro	Médico	Total
Necessidade formação na área da EpS	Sim	9	8	7	7	31
	Não	1	3	2	1	7
	Talvez	0	0	0	1	1
Total		10	11	9	9	39

É visível que 31 dos 39 sujeitos consideraram haver necessidade de formação na área da EpS. No que se refere aos grupos profissionais entrevistados, nove dos dez AO consideraram necessária formação na área da EpS, assim como oito docentes, sete enfermeiros e número igual de médicos. Sete indivíduos consideraram não haver necessidade de formação – um AO, três docentes, dois enfermeiros e um médico. Houve

apenas, como já foi mencionado anteriormente na análise à questão, um indivíduo a referir a eventualidade de necessidade da área, mas deixando um pouco a questão em aberto.

No que se refere ao objetivo específico de identificação das principais **características e competências de um educador de saúde**, foram reconhecidas duas categorias: características e competências pessoais e características e competências profissionais e 13 subcategorias respetivas (Quadro 8).

Nesta questão o número total das UE é superior ao número dos próprios sujeitos do estudo, visto terem sido descritas várias características e competências pessoais e profissionais do educador de saúde e não se cingem a uma característica ou competência por cada sujeito da entrevista.

Na categoria características e competências pessoais, com um total de 25 UE, foram identificadas seis subcategorias: *simpatia* (três UE), *capacidade relacional/empatia* (16 UE), *dinamismo e espírito de iniciativa* (duas UE), *pessoa de confiança* (uma UE), *humildade* (duas UE) e *honestidade* (uma UE). Esta categoria foi transversal a todos os grupos profissionais.

A subcategoria *simpatia* reuniu UR de dois AO e um enfermeiro, considerando esta característica importante para o desempenho profissional de um educador de saúde.

A *capacidade relacional/empatia* foi uma subcategoria que reuniu algum consenso por parte de todos os grupos profissionais, constando UR de cinco professores, dois AE, cinco enfermeiros e quatro médicos. De salientar algumas UR representativas desta subcategoria, como as que se remetem à empatia, com cinco UE, que foi a característica mais referida. Houve também referência, por parte de um médico e de um enfermeiro, ao estabelecimento de uma relação de confiança como uma característica necessária ao bom desempenho do educador de saúde. A compreensão do utente foi uma característica referida com duas UE por um professor e um enfermeiro.

Houve ainda menção ao respeito pela diferença do outro aquando da abordagem ao mesmo, como característica inerente a um educador de saúde, referido por um médico (*“tem que haver também a parte humana (...) tem que se aceitar a diferença”*E24) e à acessibilidade do educador de saúde para que facilmente pudesse ser alvo de questões relacionadas com a EpS, sem constrangimentos ou embaraços por parte de quem recorresse ao mesmo (*“uma pessoa acessível”* E9, E13), referida por um professor e um AO.

Quadro 8 – Características e competências de um educador de saúde

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
Características e competências pessoais	Simpatia	“Deve ser uma pessoa simpática” E1, E13, E28	3
		Sub-total	3
	Capacidade relacional/Empatia	“capacidade relacional” E2	1
		“Uma pessoa que crie empatia com o outro” E6, E7, E30, E36, E39	5
		“saber ouvir, estar, ser um bocadinho também compreensivo” E8	1
		“uma pessoa acessível” E9, E13	2
		“ser um bom amigo” E15	1
		“estabelecer aquela relação de confiança” E23, E35	2
		“tem que haver também a parte humana (...) tem que se aceitar a diferença” E24	1
		“têm de tentar compreender o utente, têm que meter-se no lugar do utente” E29	1
		“saber escutar o outro” E31	1
		“que tenha um diálogo agradável” E34	1
		Sub-total	16
	Dinamismo e espírito de iniciativa	“tem que ser dinâmico” E6, E28	2
		Sub-total	2
	Pessoa de confiança	“pessoa de confiança e descrição” E7	1
		Sub-total	1
	Humildade	“tem que ser uma pessoa humilde” E23, E3	2
		Sub-total	2
	Honestidade	“temos que lhes dar provas e eu acho que aqui passa muito da honestidade.” E23	1
		Sub-total	1
Total Categoria: 25			
Características e competências profissionais	Gostar do que faz	“Tem que se gostar do que se está a fazer” E1, E12, E30	3
		Sub-total	3
	Capacidades pedagógicas para transmissão dos conhecimentos	“que conseguisse explicar corretamente” E1, E5, E9	3
		“ser capaz de falar sobre aquilo que conhece” E4	1
		“transmitir aquilo que sabe.” E16, E21	2
		“tem que ter a parte toda pedagógica” E10, E17, E25	3
		“saber ensinar no ponto de vista como é que devemos ter melhor saúde, sem tanta coisa, sem tanta doença” E19	1
		“como fazer chegar essa informação” E22	1
		“Nós temos de falar de forma tal, que o doente(...) consiga entender o que nós estamos a falar, (...) tentar falar na língua do doente” E26	1
		“competências na comunicação” E32	1
		“transmitir à pessoa, dentro da possibilidade da informação que tem e da sua experiência” E33	1
		Sub-total	14
	Conhecimentos científicos	“conhecimento, obviamente, dos conteúdos e dos temas” E2, E8, E10, E17, E28, E24, E32, E38	8
		“deve saber o que está a fazer” E14	1
		“conhecimentos sobre saúde” E7, E13, E16, E25	4
		“alguém que tenha conhecimento(...) psicologia, a biologia, com a alimentação, nutrição, com a atividade física.” E20	1
		“é dar conhecimento” E27	1
		“deve estar dentro da situação, dos problemas” E33	1
		“conhecimentos profissionais” E35	1
		“a pessoa tem que saber o que está a falar de modo a que a informação passe e que fique” E36	1
		“saber a patologia(...) Saber diagnósticos, saber causas, saber efeitos, saber tratamentos” E37	1
		“Tem que ter competências teóricas, técnicas” E39	1
		Sub-total	20
	Conhecedor do público-alvo e das suas necessidades	“conhecer as particularidades das faixas etárias” E4	1
		“que estratégias é que deve utilizar perante aquela turma em particular” E17	1
		“que caracterize o conceito... a população alvo onde nós queremos inserir a nossa acção” E20	1
		“perceber quais as necessidades que a pessoa tem” E22	1
		“adaptar os nossos ensinos à realidade da pessoa” E28, E29	2
		“uma pessoa que consiga adequar a estratégia ao público-alvo” E30	1
		“saber depois direcionar para quem é esta formação” E38	1
		“discurso coerente e adequado a quem vai fazer a formação” E39	1
		Sub-total	9

Características e Competências Profissionais (continuação)	Atualização e atenção ao mundo que o rodeia	“ser uma pessoa de janelas abertas para poder ir percebendo o que se passa(...)no contexto em que está, mas também para além disso(...)que se passa na comunicação social, o que é a inovação”E18 “tem que ter um espírito aberto e de inovação”E24 “estar sempre se atualizando, sempre renovando”E31	1 1 1
	Sub-total		3
	Avaliação das intervenções realizadas	“deverá ter obviamente depois uma agenda, uma grelha para ter sempre uma avaliação das formações e dos contactos que vai realizando”E38	1
	Sub-total		1
	Modelo de referência	“dar os bons exemplos. Para que as pessoas façam, ele também tem que agir de tal forma”E3 “seja um bom exemplo daquilo que está a dizer”E4 “Devemos tomar banho(...) e através disso ensinamos”E11	1 1 1
Total Categoria:53			Sub-total 3
			Total UE categorias 78

A subcategoria *dinamismo e espírito de iniciativa* foi referida num total de duas UE, por um enfermeiro e um docente, na qual é dado destaque à importância destas características num educador de saúde, para um desempenho adequado das suas funções.

As subcategorias *pessoa de confiança* e *honestidade* correspondem a uma UE cada, e cujas UR foram referidas, respetivamente por um docente e um enfermeiro. Quanto à subcategoria *humildade*, com duas UE, foi referida por um enfermeiro e um AO como sendo uma característica necessária ao educador de saúde: “tem que ser uma pessoa humilde”E23, E3.

No que concerne à categoria características e competências profissionais, puderam contabilizar-se 53 UE, no total das sete subcategorias identificadas: *gostar do que faz* (três UE), *capacidades pedagógicas para transmissão dos conhecimentos* (14 UE), *conhecimentos científicos* (20 UE), *conhecedor do público-alvo e das suas necessidades* (nove UE), *atualização e atenção ao mundo que o rodeia* (três UE), *avaliação das intervenções realizadas* (uma UE) e *modelo de referência* (três UE).

Na subcategoria *gostar do que faz* as UR identificadas foram referidas por dois AO e um enfermeiro, constituindo uma característica profissional necessária ao educador de saúde, na opinião destes sujeitos.

A subcategoria *capacidades pedagógicas para transmissão dos conhecimentos* apresentou UR de todos os grupos profissionais: cinco docentes, quatro AO, três médicos e dois enfermeiros. Nesta subcategoria foi dado relevo à capacidade do educador conseguir transmitir os seus conhecimentos, sendo aqui dada mais importância à capacidade da transmissão da mensagem do que à mensagem propriamente dita. Podem observar-se UR como “tem que ter a parte toda pedagógica” E10,E17, E25 referida por dois docentes e um médico, “competências na comunicação”E32, referida

por um médico e “*ser capaz de falar sobre aquilo que conhece*”E4, E16, E21 referida por um docente e dois AO. A UR “*transmitir à pessoa, dentro da possibilidade da informação que tem e da sua experiência*”E33 foi referida por um enfermeiro, fazendo menção não só às competências pedagógicas de forma isolada, mas adaptadas ao nível de conhecimento e experiência que o educador possui na altura em questão.

Quanto à subcategoria *conhecimentos científicos*, foi transversal a todos os grupos profissionais, com UR de seis docentes e seis médicos, cinco enfermeiros e três AO. A UR “*conhecimentos dos conteúdos e temas*” reuniu oito UE, sendo a UR mais referida, seguida da UR “*conhecimentos sobre saúde*”, com quatro UE. Uma das UR em particular, referida por um docente, enunciou diversas temáticas acerca das quais o educador deveria ter conhecimentos “*alguém que tenha conhecimento(...) psicologia, a biologia, com a alimentação, nutrição, com a atividade física.*”E20. Houve ainda referência a conhecimentos sobre patologias, como é visível na UR “*saber a patologia(...) Saber diagnósticos, saber causas, saber efeitos, saber tratamentos*”E37, referida por um médico.

No que se refere à subcategoria *conhecedor do público-alvo e das suas necessidades*, esta reuniu UR referidas por seis enfermeiros e três docentes, que ilustram esta característica como inerente a um educador de saúde. Para estes sujeitos a capacidade de realizar diagnósticos da situação e adaptar as suas intervenções às necessidades identificadas é apontada como uma das competências do educador de saúde, tal como ilustram as UR referidas por docentes “*conhecer as particularidades das faixas etárias*”E4; “*que estratégias é que deve utilizar perante aquela turma em particular*”E17 e a UR referida por enfermeiros: “*adaptar os nossos ensinios à realidade da pessoa*”E28, E29.

A subcategoria *atualizado e atento ao mundo que o rodeia* reuniu um total de três UE, com UR referidas por um enfermeiro, um médico e um docente. Pode destacar-se a UR referida por um docente onde é dado relevo à necessidade de perceber a realidade envolvente e eventuais inovações que vão aparecendo, em todos os campos da sua atuação, nomeadamente aos *media*, que têm um importante papel na transmissão de todos os tipos de informação, incluindo informação de saúde e hábitos de vida saudáveis: “*ser uma pessoa de janelas abertas para poder ir percebendo o que se passa(...)no contexto em que está, mas também para além disso(...)que se passa na comunicação social, o que é a inovação*”E18. Houve também menção, por parte do médico, ao espírito de inovação que o educador de saúde deverá ter para que possa

intervir de forma conveniente e eficaz na sua atividade “ *tem que ter um espírito aberto e de inovação* ”E24.

Outra das subcategorias identificadas, com uma UE foi *avaliação das intervenções realizadas*, cuja UR foi referida por um enfermeiro: “*deverá ter obviamente depois uma agenda, uma grelha para ter sempre uma avaliação das formações e dos contactos que vai realizando*”E38, correspondendo, na opinião deste a uma das competências de um educador, que deverá avaliar as intervenções de forma a perceber a sua eficácia e a eventual necessidade de ajustamento das mesmas.

A última subcategoria identificada foi *modelo de referência*, com três UE, com UR referidas por dois AO e um docente, que consideram importante que uma das características do educador de saúde seja ser um exemplo para a restante comunidade que é alvo das suas intervenções: “*dar os bons exemplos. Para que as pessoas façam, ele também tem que agir de tal forma*”E3; “*seja um bom exemplo daquilo que está a dizer*”E4. Será interessante salientar o facto de que estas UR foram referidas apenas por elementos da comunidade escolar e que são simultaneamente praticantes de atividade física regular, ou seja, que incluem uma das vertentes de um estilo de vida saudável no seu próprio estilo de vida.

Para atingir o objetivo específico de **descrever as principais funções de um educador de saúde**, foi colocada esta questão aos sujeitos do estudo, após a análise da qual foram definidas nove categorias e seis subcategorias, através das UR (Quadro 9).

Foram emergentes as seguintes categorias: educação relacionada com a promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção da doença (24 UE), gestão da doença (duas UE), ações de formação regulares (três UE), criação de espaço e condições para transmissão de temas relacionados com a saúde (quatro UE), coordenação e organização de intervenções, projetos e estratégias de EpS (cinco UE), investigação (duas UE), assistência a doentes (uma UE), modelo de referência (uma UE) e ainda a categoria não sabe (uma UE), num total de 43 UE.

Quadro 9 – Principais funções de um educador de saúde

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
Educação relacionada com a promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção da doença	Intervenção na comunidade escolar	“(…)no 1º ciclo passa-se a calhar muito mais pela higiene, pela alimentação, pelo cultivar a atividade física, pela brincadeira(…) nos 14-15 anos, passa por outras questões”E4	1
		“(…)ensinar, é regar os alunos nesse sentido[melhorar a saúde]”E6	1
		“dizer-nos o que é melhor para nós(…)roda dos alimentos(…) tabagismo(…) drogas”E12	1
		“alertar (….)sexualidade (….) transmitir o que devem usar(…) alimentação”E16	1
		“(…)abordar com eles[alunos] todos os temas referentes à educação sexual”E17	1
	Sub-total		5
	Esclarecimento e aconselhamento em assuntos relacionados com a saúde	“Esclarecer e orientar”E1, E3, E8, E9, E37	5
		“explicar o que devíamos fazer e o que não devíamos fazer em vários aspectos”E19	1
		“aconselhamento das melhores práticas”E2	1
	Sub-total		8
	Intervenção na mudança de comportamentos	“fazer ver às pessoas que a gente automedica-se, coisa que não devemos fazer(…)”E21	1
		“Fazer com que essa informação chegue e mude os comportamentos das pessoas”E22	1
		“indicar o caminho que nós, profissionais de saúde, achamos que é o mais correcto”E23	1
		“incentivá-lo também e valorizar as coisas que ele faz bem(…)dar uma margem para eles, às vezes, cometerem alguns erros e aprenderem”E29	1
	Sub-total		4
	Promoção de hábitos de vida saudáveis	“Educar para hábitos de vida saudáveis”E24	1
		“Contribuir, ensinando para que as pessoas possam ter atitudes responsáveis, lógicas, sensatas, em relação ao seu bem-estar e na procura de cuidados”E25	1
		“incutir (….) capacidades aos utentes para cuidarem de si próprios ou para adquirirem hábitos de vida saudáveis.”E28	1
		“levar a pessoa a ter hábitos saudáveis(…) não prejudiquem a sua própria saúde, a sua própria vida, o seu próprio percurso de vida(…)para a existência dos outros”E32	1
		“transmitir ao indivíduo tudo aquilo que ele pode fazer e para a promoção da sua saúde e bem-estar.”E35	1
	Sub-total		5
	Prevenção da doença	“motivar o doente para consultar os programas de saúde(…) fazer os rastreios(…) para prevenção de doenças (cancro do colo do útero, mamografia). Motivar também o doente a consultar quando tem alguns sintomas de maneira precoce e fornecer alguma informação de prevenção.”E26	1
		Sub-total	1
	Intervenção na comunidade	“chegar ao indivíduo, à comunidade, à família, atingir de modo global a população, de forma a educar para a saúde.”E30	1
Total Categoria: 24		Sub-total	1
Gestão da doença		“ensinar a melhor forma de contornar uma certa situação em termos de saúde”E5	1
Total Categoria: 2		“ultrapassar as situações, levar à cura, minimizar o sofrimento da pessoa”E33	1
Ações de formação regulares		“algo mais institucionalizado de promoção de sessões regulares”E7	1
Total Categoria: 3		“Esclarecer vários temas, fazer ações de formação”E13	1
Criação de espaços e condições para transmissão de temas relacionados com a saúde		“ao nível de cuidados primários, ao nível municipal, com câmaras. (….) Ações de formação para profissionais e para utentes”E36	1
Total Categoria: 4		“(…) estar num espaço de livre atendimento disponível para aquilo que for(…)capaz de fazer os encaminhamentos necessários aquilo que não se saiba responder”E7	1
Coordenação e organização de intervenções, projetos e estratégias de EpS		“ter condições de implementar esses conhecimentos aos alunos”E10	1
		“tentar resolver os problemas com que se depara no dia-a-dia”E14	1
		“deveria ter um lugar para esse educador(…) Trabalhando temáticas durante o ano também poderia ser algo interessante, o dia mundial do HIV(…)”E31	1
		“era mais da coordenação(…) coordenador da escola, ou do agrupamento(…)era importante também, que houvesse uma lógica de agrupamento (….)criar uma linha de orientação com objetivos nos diferentes ciclos, portanto, um gestor.”E18	1
		“Organizar, clarificar perante um contexto e depois trabalhar. Fazendo trabalho regular. Não acho que tenha que haver ações, tudo o que é muito segmentado, as coisas não surtem efeito. Tem que ser um trabalho regular e sistemático”E20	1
		“planear e experimentar”E31	1
		“Planear essencialmente(…) levantamento das necessidades daquela população, do grupo a que se vai dirigir, para poder obviamente ser uma intervenção direcionada para aquela necessidade, para aquele problema.(…)”E38	1

Total Categoria: 5	<i>“ensinos individuais ou em grupo, pode fazer alguns projetos, trabalhar na área das novas tecnologias”E39</i>	1
Investigação	<i>“todo o desenvolvimento deverá ser obviamente sempre científico, fundamentado, para ter credibilidade e ser um suporte para futuros estudos de investigação, também, porque acho que por aí é onde deve começar, pela investigação.”E38</i>	1
Total Categoria: 2	<i>“investigação, perceber se na população ou na pessoa os ensinos estão a ser eficazes”E39</i>	1
Assistência a doentes	<i>“capacidade para atender doentes”E15</i>	1
Total Categoria: 1		
Modelo de Referência	<i>“ter cuidado com a sua higiene”E11</i>	1
Total Categoria: 1		
Não sabe	<i>“As várias áreas... deviam ser... agora assim de momento também não sei”E34</i>	1
Total Categoria: 1		
Total UE categorias		43

No que se refere à categoria educação relacionada com a promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção da doença uma das subcategorias identificadas foi a *intervenção na comunidade escolar*, com cinco UE e referida por três docentes e dois AO, havendo referência específica à intervenção nos alunos por parte do educador de saúde, como uma das suas funções, nomeadamente no ensino de temas específicos adequados às suas necessidades, como se pode observar nas UR referidas por um docente “ (...)no 1º ciclo passa se calhar muito mais pela higiene, pela alimentação, pelo cultivar a atividade física, pela brincadeira(...) nos 14-15 anos, passa por outras questões”E4 e por um AO “alertar (...)sexualidade (...) transmitir o que devem usar(...) alimentação”E16. Outra das subcategorias definidas foi *esclarecimento e aconselhamento em assuntos relacionados com a saúde*, com oito UE, sendo as UR referidas por três AO, três docentes e dois médicos. A UR mais referida nesta subcategoria foi “*Esclarecer e orientar*”E1,E3,E8,E9,E37, referida por todos os profissionais mencionados, com cinco UE. Houve ainda referência a “*aconselhamento das melhores práticas*”E2 e “*transmitir e informar as pessoas*”E27, referidas respetivamente por um docente e um médico. A subcategoria *intervenção na mudança de comportamentos* reuniu quatro UE. As UR desta subcategoria foram mencionadas por três enfermeiros e um AO, podendo ser realçada a UR de um enfermeiro que faz menção específica à mudança de comportamentos que se pretende em direção a comportamentos mais saudáveis: “*Fazer com que essa informação chegue e mude os comportamentos das pessoas*”E22.

De salientar ainda a UR de um enfermeiro que fez menção à valorização relativamente aos comportamentos corretos do sujeito em questão, dando-lhe igualmente espaço para errar e poder também aprender com os seus próprios erros: “*incentivá-lo também e valorizar as coisas que ele faz bem(...)dar uma margem para eles, às vezes, cometerem alguns erros e aprenderem*”E29.

A subcategoria *promoção de hábitos de vida saudáveis* reuniu um total de cinco UE, com UR referidas apenas por profissionais de saúde: quatro médicos e um enfermeiro. Podem ler-se referências explícitas aos hábitos de vida saudáveis nas UR *“Educar para hábitos de vida saudáveis”*E24; *“incutir (...) capacidades aos utentes para cuidarem de si próprios ou para adquirirem hábitos de vida saudáveis.”*E28. A UR *“levar a pessoa a ter hábitos saudáveis(...) não prejudiquem a sua própria saúde, a sua própria vida, o seu próprio percurso de vida(...)para a existência dos outros”*E32, referida por um médico faz ainda menção específica a hábitos benéficos não só à própria saúde do indivíduo, mas também da comunidade de uma forma geral.

A *prevenção da doença* foi outra das subcategorias, com uma UE, cuja UR referida por um médico faz alusão particular à função do educador como um motivador na prevenção da doença, nomeadamente à realização de rastreios de doenças em que é possível realizar um diagnóstico precoce e ao reconhecimento de sintomatologia que possa levar o indivíduo a procurar assistência se necessário (*“motivar o doente para consultar os programas de saúde(...) fazer os rastreios(...) para prevenção de doenças (cancro do cólo do útero, mamografia). Motivar também o doente a consultar quando tem alguns sintomas de maneira precoce e fornecer alguma informação de prevenção.”*E26).

A *intervenção na comunidade* foi outra das subcategorias identificadas, com uma UE e cuja UR foi referida por um enfermeiro, em que é realçado a necessidade, por parte do educador de saúde, de chegar à comunidade, à população de uma forma global nas suas intervenções de educação para a saúde (*“chegar ao individuo, à comunidade, à família, atingir de modo global a população, de forma a educar para a saúde.”*E30)

A categoria gestão da doença reuniu UR referidas por um professor e um enfermeiro, num total de duas UE. Aqui esta função foi evidenciada como inerente ao educador de saúde, sendo este alguém que forneceria as ferramentas necessárias à gestão de uma situação de doença já existente e diminuição do sofrimento presente nestas condições, como é visível nas UR: *“educador de saúde terá que ensinar a melhor forma de contornar uma certa situação em termos de saúde”*E5; *“ultrapassar as situações, levar à cura, minimizar o sofrimento da pessoa”*E33.

O desenvolvimento de ações de formação regulares foi outra das funções identificadas como inerentes ao educador de saúde e constituída como uma categoria, com UR referidas por um médico, um professor e um AO, num total de três UE. Nesta categoria foi dado ênfase à realização de ações de formação de uma forma sistemática,

dirigida a profissionais e população em geral e em estreita colaboração com autarquias e cuidados de saúde primários. Pode ver-se as referências descritas nas UR *“algo mais institucionalizado de promoção de sessões regulares”*E7; *“Esclarecer vários temas, fazer ações de formação”*E13; *“ao nível de cuidados primários, ao nível municipal, com câmaras. (...) Ações de formação para profissionais e para utentes”*E36.

A categoria criação de espaços e condições para transmissão de temas relacionados com a saúde foi mencionada em UR referidas por dois docentes, um AO e um enfermeiro, num total de quatro UE. Há referências específicas à existência de um espaço físico onde o educador pudesse esclarecer quem a ele recorresse relativamente a dúvidas e temas específicos relacionados com a saúde, como é visível na UR *“(...)estar num espaço de livre atendimento disponível para aquilo que for(...)capaz de fazer os encaminhamentos necessários aquilo que não se saiba responder”*E7, referida por um professor, que nos remete diretamente para o contexto escolar do lugar deste educador. No contexto dos cuidados de saúde primários, a existência deste espaço também foi referido como necessário por um enfermeiro, acrescentando ainda que deveriam ser trabalhadas temáticas ao longo do ano, aproveitando os dias que se encontram ligados ao combate a uma doença em específico, como é o caso do vírus da imunodeficiência humana: *“deveria ter um lugar para esse educador(...) Trabalhando temáticas durante o ano também poderia ser algo interessante, o dia mundial do HIV(...)”*E3.

A UR referida por um AO *“tentar resolver os problemas com que se depara no dia-a-dia”*E14, encaixa-se nesta categoria no sentido de dar resposta imediata quando solicitado, nomeadamente no contexto escolar, ou seja, num local onde os alunos pudessem recorrer a ele.

A categoria coordenação e organização de intervenções, projetos e estratégias de EpS teve um total de cinco UE. As UR desta categoria foram exclusivamente referidos por enfermeiros (três) e docentes (dois). A referência a esta função do educador de saúde foi evidente. As UR desta categoria descrevem a necessidade de haver um gestor para a criação de uma linha de orientação para a implementação da EpS, de modo a funcionar como um sistema bem organizado e coerente, com trabalho sistemático e regular. As intervenções a desenvolver pelo educador seriam posteriores a um levantamento das necessidades da população-alvo, de modo a serem adequadas à mesma e com eventual recurso às novas tecnologias. São então ilustração desta categoria as seguintes UR: *“era mais da coordenação(...) coordenador da escola, ou do agrupamento(...)era importante também, que houvesse uma lógica de agrupamento*

(...)criar uma linha de orientação com objetivos nos diferentes ciclos, portanto, um gestor.”E18; “Planejar essencialmente(...) levantamento das necessidades daquela população, do grupo a que se vai dirigir, para poder obviamente ser uma intervenção direcionada para aquela necessidade, para aquele problema.(...)”E38; “ensinos individuais ou em grupo, pode fazer alguns projetos, trabalhar na área das novas tecnologias”E39.

A categoria investigação foi exclusivamente referida por enfermeiros, com 2 UE. Nesta categoria, o conhecimento científico surge como a base das intervenções do educador de saúde, sendo que trabalhos de investigação trarão credibilidade e a possibilidade de avaliação da eficácia das intervenções, tal como se lê na UR *“todo o desenvolvimento deverá ser obviamente sempre científico, fundamentado, para ter credibilidade e ser um suporte para futuros estudos de investigação, também, porque acho que por aí é onde deve começar, pela investigação.”E38.*

Foram ainda identificadas categorias com uma UE cada: assistência a doentes (referida por um AO) e modelo de referência (referida por um AO). Na aceção dos entrevistados, estas são igualmente funções do educador de saúde. Por fim foi ainda identificada uma categoria, com uma UE, não sabe, referida por um médico que não conseguiu dar resposta à questão colocada.

No que se refere à questão relativa à **necessidade da existência de um grupo profissional de educadores de saúde**, para dar resposta a um dos objetivos específicos de conhecer a opinião dos entrevistados quanto a esta necessidade, e após análise das entrevistas foram delineadas três categorias: sim (22 UE), não (15 UE), não sabe (duas UE) e dez subcategorias (Quadro 10).

No que se refere à categoria sim, esta reuniu sete subcategorias: *necessidade no contexto escolar* (sete UE), *existência de conhecimentos específicos e intervenção mais direcionada* (quatro UE), *redução de custos relacionados com doença* (uma UE), *divulgação de conhecimentos e necessidades de EpS* (uma UE), *complemento a outros profissionais* (duas UE), *impacto nos estilos de vida* (uma UE), *populações com dificuldade de acesso aos serviços de saúde* (uma UE). Houve, no entanto, cinco UE que por não corresponderem a nenhuma subcategoria, foram precisamente colocadas na categoria sim.

Quadro 10 – Necessidade de um grupo profissional de educadores de saúde

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
Sim	Necessidade no contexto escolar	“(…) precisam de muita ajuda e acho que um Educador de Saúde devia estar... saber um pouco disso tudo(...) Como se fosse um psicólogo, como se fosse um enfermeiro, como se fosse um educador”E1	1
		“especificamente nas escolas (...) alunos poderem ter possibilidade de ter uma pessoa com uma valência muito específica e capaz de lhes tirar as dúvidas, ou de os esclarecer, ou de os aconselhar”E2	1
		“nas escolas eu acho que deveria haver alguém que suportasse essa parte”E5	1
		“apoio mais personalizado dos alunos”E6	1
		“nas escolas(...) alguém a quem eles pudessem dirigir-se e que se pudesse dirigir a eles sempre que necessário.”E9	1
		“um técnico de saúde, se não a full time, pelo menos em part-time(...)haver horas dos alunos dentro do seu currículo para terem esta disciplina ou essa área não curricular”E10	1
		“algum conhecimento, que nos informasse e soubesse explicar o porquê disto, era bastante importante para nós(...) e também para os miúdos”E19	1
		Sub-total	7
	Existência de conhecimentos específicos e intervenção mais direcionada	“(…) tem mais conhecimentos sobre o tema. Devia ser uma pessoa mesmo da parte da saúde, de medicina.”E13	1
		“(…)alguém específico ou um tempo específico para a pessoa recorrer aquela pessoa e estar ali só para esclarecer, para falarem, eu acho que seria, obviamente, uma mais-valia”E29	1
		“(…)se houvesse tipo uma pessoa/um técnico que estivesse virado só para essa função, fazia umas palestras, informava as pessoas”E33	1
		“(…)mais direcionados, havia mais especificidade, não haveria (...) vários grupos profissionais a terem essas funções, era mais direcionado”E35	1
			Sub-total
	Redução de custos relacionados com doença	“(…)numa perspetiva (...) dos custos que tem que é uma coisa que eu acho que não se cultiva, não se educa que é os custos-benefícios que têm os comportamentos hoje”E4	1
			Sub-total
	Divulgação de conhecimentos e necessidades de EpS	“(…) divulgar junto dos outros profissionais a necessidade de educar em determinadas áreas(...) divulgador de conhecimentos e padrões e utilizações(...)educador social para a saúde, educador individual para a saúde”E32	1
			Sub-total
Complemento a outros profissionais		“(…) as pessoas que trabalham nesta comunidade tivessem uma formação, (...) poderia ajudar o técnico para assuntos mais graves.”E14	1
	“(…)integrado numa equipa, acho que sim”E24	1	
		Sub-total	2
Impacto nos estilos de vida	“quem se dedique e faça disto a sua profissão tenha um impacto muito grande nos estilos de vida, comportamentos da população”E38	1	
		Sub-total	1
Em populações com dificuldade de acesso aos serviços de saúde	“nas comunidades que não têm acesso imediato ao serviço de saúde, é preciso ter um fornecedor de saúde. Mesmo que não seja licenciado, mas que tenha algum curso(...)”E26	1	
		Sub-total	1
	“Profissão específica sim”E7	1	
	“Sim(...) alguém da área da saúde(...)seria mais fácil para ele”E8	1	
	“Eu acho que sim porque se houvesse alguém com uma profissão para isso eu acho que não havia tanta falta de higiene”E11	1	
	“Eu acho que sim(...)é muito importante para o trabalho do educador”E12	1	
	“Sim acho que sim. O médico não faz isso”E16	1	
Total Categoria: 22		Sub-total	5
Não	Especialidade	“Não devia ser só ou médico, ou enfermeiro, ou psicólogo, deviam ser conteúdos trabalhados em sintonia e não segmentados(...)algo no curso para dar resposta e juntasse estas quatro vertentes que não se podem dissociar umas das outras (...) devia ser uma especialidade”E20	1
		“Uma profissão específica não (...) Gostaria que fosse uma especialização de enfermagem”E23	1
		“acho que beneficiaria se fosse alguém que já tivesse uma formação em saúde(...) seria uma mais valia essa pessoa já levasse uma bagagem”E27	1
		“(…) acho que o educador de saúde faz parte do profissional de saúde(...) poderia ser uma especialização direcionada(...) aprofundar mais isso e o profissional ficar só dentro dessa temática”E31	1
		“nós temos essa competência. Agora, ao criar uma valência desse tipo, acho que poderia estar formado e vocacionados para trabalhar ao nível da	

Não (continuação)	Especialidade (continuação)	educação para a saúde" E34 "acho que seria mais da competência de enfermeiros e pessoal de saúde (...) especializam mais nessa área, mas com um conhecimento científico todo por trás, um background" E36 "Acho que um médico pode ser, um enfermeiro pode ser" E37 "os vários profissionais de saúde deviam ter formação na área da educação e poderiam ser coisas bastante específica(...) Não acho que devia ser um único, porque assim não poderia abranger tudo. (...) uma subespecialidade e não uma profissão em si." E39	1 1 1 1
	Sub-total		8
	Responsabilidade da comunidade ou equipa multidisciplinar	"podemos fazer algo sem ser só... essa pessoa, todos podemos contribuir" E3 "(...) toda a gente devia fazer um bocadinho essa parte. Não se justifica uma pessoa ter só este aspecto" E21 "(...) tem de ser abrangente a todos os profissionais de saúde (...) têm o dever de fazer ensino no que diz respeito ao actuar" E28 "(...) se houver uma equipa multidisciplinar, que cada um abranja uma área, eu acho que era mais útil isso (...) uma informação mais completa." E30	1 1 1 1
	Sub-total		4
	Descontextualização profissional	" (...) se estudou para fazer isso, acho que deva fazer, mas se aparecer qualquer coisa além disso, acho que ele deve estar apto para fazer" E15 " (...) fica muito fechado naquele papel e retira-lhe alguma capacidade depois de intervenção no espaço escola (...) dificuldade em estabelecer relações e construir projetos porque precisam de chegar perto dos outros; tem que ser um igual aos outros" E18 " não vejo uma necessidade premente de haver educadores para a saúde, no entanto poderiam contribuir para que realmente a saúde mudasse" E25	1 1 1
	Sub-total		3
	Total Categoria: 15		
Não sabe	" nunca pensei sobre isso (...) acho que se derem formação (...) esses professores de Ciências, de Biologia poderão ser então com formação, considerados educadores de saúde." E17 "Não tinha pensado sobre isso. (...) todos temos uma formação para ser formadores, os professores são numa área mais específica, mas também devem ter na área da saúde; os médicos também são; inclusivamente os educadores também são" E22	1	
Total Categoria: 2		1	
Total UE categorias			39

Na subcategoria *necessidade no contexto escolar*, as UR foram referidas por cinco docentes e dois AO, fazendo menção à importância da presença de um educador de saúde no contexto escolar, e consequentemente à necessidade de ser uma profissão específica, de forma a melhor poder orientar os alunos relativamente a temas e dúvidas relacionados com a saúde, estando sempre disponível para o esclarecimento das mesmas, como se pode observar na UR referida por um docente: *"especificamente nas escolas (...) alunos poderem ter possibilidade de ter uma pessoa com uma valência muito específica e capaz de lhes tirar as dúvidas, ou de os esclarecer, ou de os aconselhar"*E2.

De salientar ainda a referência à possibilidade de existência de horas curriculares no horário dos alunos para poderem ter acesso à EpS, como unidade curricular ou não curricular: *"(...) se não a full time, pelo menos em part-time(...)haver horas dos alunos dentro do seu currículo para terem esta disciplina ou essa área não curricular"*E10.

Na subcategoria *existência de conhecimentos específicos e intervenção mais direccionada* (referida por dois enfermeiros, um AO e um médico), podem ler-se

referências à necessidade de conhecimentos específicos na profissão de educador de saúde, já que estes justificariam a existência desta mesma profissão.

Desta forma, haveria mais especificidade no tema da EpS, visto que os conhecimentos eram dirigidos exclusivamente para esta temática, sendo um profissional que desempenharia unicamente funções na sua área de conhecimentos e poderia realizar palestras, assim como ter um tempo específico (num determinado contexto) para atendimento à população, tal como referiram dois enfermeiros: “(...) *alguém específico ou um tempo específico para a pessoa recorrer aquela pessoa e estar ali só para esclarecer, para falarem, eu acho que seria, obviamente, uma mais-valia*”E29 e “(...) *se houvesse tipo uma pessoa/um técnico que estivesse virado só para essa função, fazia umas palestras, informava as pessoas*”E33. De referir ainda a importância de concentrar os conhecimentos sobre EpS num só profissional, de modo a não haver dispersão no que concerne à atuação de outros grupos profissionais, como se vê na UR “(...) *mais direcionados, havia mais especificidade, não haveria (...) vários grupos profissionais a terem essas funções, era mais direcionado*”E35.

A subcategoria *redução de custos inerentes a doença* foi referida apenas por um docente, que justificou a existência do educador de saúde como um recurso efetivo para reduzir os gastos em saúde, através da sua intervenção precoce e direcionada na área de EpS, investindo na promoção da saúde e intervenção na manutenção ou adoção de estilos de vida saudáveis (“(...) *numa perspetiva(...) dos custos que tem que é uma coisa que eu acho que não se cultiva, não se educa que é os custos-benefícios que têm os comportamentos hoje*”E4).

A *divulgação de conhecimentos e necessidades de EpS* foi uma subcategoria com uma UR referida por um médico, que realçou a importância do educador de saúde como um elemento de referência a outros profissionais relativamente às necessidades de intervenção na área da EpS, diagnosticadas por ele, numa determinada população, assim como os meios a utilizar de forma a intervir de forma eficaz. Na opinião do entrevistado, o educador de saúde poderia mesmo ter outra denominação, como “*educador social para a saúde*” ou “*educador individual para a saúde*”, visto a sua intervenção quer na comunidade quer com indivíduos (“ (...) *divulgar junto dos outros profissionais a necessidade de educar em determinadas áreas(...) divulgador de conhecimentos e padrões e utilizações(...)educador social para a saúde, educador individual para a saúde*”E32).

A subcategoria *complemento a outros profissionais*, com UR de um AO e um médico, surgiu como justificção à existência do grupo profissional de educador de saúde, ou seja, na interpretação destes entrevistados a restante comunidade ou equipa de saúde teria que ter integrado o educador de saúde para que a sua intervenção fosse contextualizada e complementada pelos restantes elementos. Desde que a sua atuação fosse interdependente e não exclusivamente independente, faria sentido que este profissional existisse.

Outra das subcategorias identificadas foi o *impacto nos estilos de vida*, com uma UR referida por um enfermeiro, como motivo de existência do grupo profissional de educadores de saúde, já que estes poderiam criar condições para intervir nos estilos de vida e comportamentos da população no sentido de atingir o melhor estado de saúde possível (*“quem se dedique e faça disto a sua profissão tenha um impacto muito grande nos estilos de vida, comportamentos da população”*E38).

A necessidade da existência de um educador de saúde *em populações com dificuldade de acesso aos serviços de saúde* foi referida com uma UR, por um médico, que considerou a dificuldade de acesso de determinada população a cuidados de saúde uma condição para a existência deste profissional, visto que este iria permitir que populações menos favorecidas neste sentido tivessem equidade de acesso a informação e cuidados de saúde, reduzindo assim as desigualdades neste contexto, tal como se pode observar: *“nas comunidades que não têm acesso imediato ao serviço de saúde, é preciso ter um fornecedor de saúde. Mesmo que não seja licenciado, mas que tenha algum curso(...)”*E26

Ainda na categoria sim foram contabilizadas cinco UE, que pela sua inespecificidade e embora referissem a necessidade e importância de um grupo profissional de educadores de saúde, não foram integradas em nenhuma subcategoria, sendo exemplo das mesmas: *“Profissão específica sim”*E7; *“Eu acho que sim(...)é muito importante para o trabalho do educador”*E12.

Quanto à categoria não, com 15 UE, podemos observar três subcategorias: *especialidade* (oito UE), *responsabilidade da comunidade ou equipa multidisciplinar* (quatro UE) e *descontextualização profissional* (três UE).

A subcategoria *especialidade* teve UR referidas por quatro médicos, três enfermeiros e um docente. Estes profissionais referiram que o educador de saúde não deveria ser uma profissão específica, mas sim uma especialidade de um outro grupo profissional, como a enfermagem ou medicina. Assim, consideraram que seria

importante não fragmentar os conhecimentos relacionados com a EpS, colocando-os à responsabilidade de uma profissão independente, mas contar logo à partida com um *background* de conhecimentos teórico-práticos que pudessem fundamentar cientificamente e facilitar o trabalho do educador de saúde, que iria a partir dos conhecimentos que já possuía e especializar-se na área da EpS. Para ilustrar esta descrição, podem salientar-se as seguintes UR referidas por um docente e um enfermeiro, respetivamente: *“Não devia ser só ou médico, ou enfermeiro, ou psicólogo, deviam ser conteúdos trabalhados em sintonia e não segmentados(...)algo no curso para dar resposta e juntasse estas quatro vertentes que não se podem dissociar umas das outras (...) devia ser uma especialidade”*E20; *“os vários profissionais de saúde deviam ter formação na área da educação e poderiam ser coisas bastante específica(...)Não acho que devia ser um único, porque assim não poderia abranger tudo.(...)uma subespecialidade e não uma profissão em si.”*E39.

Na subcategoria *responsabilidade da comunidade ou equipa multidisciplinar* (com UR mencionadas por dois AO e dois enfermeiros) houve referências à necessidade e importância de envolvimento da restante comunidade e equipa de saúde, não havendo lugar para um profissional na área da EpS, com funções específicas nesta área. É visível a menção específica de que toda a comunidade deverá contribuir para a área da EpS, assim como a informação mais completa que iria advir de uma equipa multidisciplinar que invista na área da EpS e não somente um único profissional. As UR mais representativas desta subcategoria, mencionadas por um AO e um enfermeiro, respetivamente, foram: *“(...)toda a gente devia fazer um bocadinho essa parte. Não se justifica uma pessoa ter só este aspecto”*E21 e *“(...) se houver uma equipa multidisciplinar, que cada um abranja uma área, eu acho que era mais útil isso(...) uma informação mais completa.”*E30.

No que concerne à subcategoria *descontextualização profissional*, puderam observar-se UR de um AO, um docente e um médico que fazem referência à descontextualização do grupo profissional dos educadores de saúde, já que seria alguém que deveria ser mais versátil e não ficar somente cingido à área da EpS, pois esta limitação retirar-lhe-ia capacidade de intervenção. Especificamente na comunidade escolar o facto de ser uma profissão exclusivamente ligada à EpS iria criar dificuldades no estabelecimento de relações e construção de projetos com outros profissionais, que não o veriam como um semelhante, mas como um estranho da dinâmica da comunidade escolar, como se pode ver na UR seguinte referida por um docente: *“(...)fica muito*

fechado naquele papel e retira-lhe alguma capacidade depois de intervenção no espaço escola (...) dificuldade em estabelecer relações e construir projetos porque precisam de chegar perto dos outros; tem que ser um igual aos outros”E18. No fundo, o educador de saúde, seria um papel muito redutor na opinião destes sujeitos, que ficaria completamente descontextualizado na comunidade escolar.

Foi ainda identificada a categoria não sabe, na qual os dois entrevistados – um docente e um enfermeiro – fizeram referência ao facto de nunca terem pensado sobre e por esse motivo terem alguma dificuldade em responder à questão de forma determinante. Ambos fizeram referência aos próprios grupos profissionais como passíveis de serem educadores de saúde, com um pouco mais de formação específica na área da EpS.

De referir o facto interessante de duas das subcategorias pertencentes a categorias distintas justificarem com motivos semelhantes a necessidade e a não necessidade, respetivamente, de um grupo profissional de educadores de saúde. Na categoria sim, subcategoria *complemento a outros profissionais*, este foi o fator justificativo da profissão de educador de saúde, já que a existência do profissional em questão faria sentido se os restantes profissionais colaborassem com o mesmo e que o seu trabalho não fosse realizado de forma isolado, mas em complementaridade, e portanto, como um recurso importante aos restantes elementos. (“(...)integrado numa equipa, acho que sim”E24)

Na categoria não, subcategoria *responsabilidade da comunidade ou equipa multidisciplinar*, foi referido que a profissão de educador não faria sentido, já que a responsabilidade de intervenção na área da EpS seria da comunidade escolar - no caso da realidade escolar - e da equipa multidisciplinar - no caso de equipa de saúde. (“(...)toda a gente devia fazer um bocadinho essa parte. Não se justifica uma pessoa ter só este aspecto”E21).

Reportando-nos a uma análise mais esquemática desta questão, pode ver-se a Tabela 2 na qual aparece retratada a opinião quanto à necessidade da profissão de educador de saúde, em relação aos grupos profissionais entrevistados.

Do total dos entrevistados, 22 consideraram que a profissão de educador deveria existir, contra 15 que não consideraram necessária a existência deste profissional. Dois sujeitos não deram uma resposta categórica à questão, referindo não saber com certeza o que pensavam deste tema.

Tabela 2 – Necessidade de um grupo profissional de educadores de saúde por grupos profissionais

		Necessidade da existência de um grupo profissional de educadores de saúde			Total
		Sim	Não	Não sabe	
Profissão dos participantes	AO	7	3	0	10
	Docente	8	2	1	11
	Enfermeiro	3	5	1	9
	Médico	4	5	0	9
Total		22	15	2	39

Assim, pode observar-se que os grupos profissionais ligados ao contexto escolar foram mais unânimes no que diz respeito a considerarem a necessidade de educadores de saúde: sete de dez AO e oito de onze docentes consideraram importante a existência do educador de saúde, tendo respondido positivamente a esta questão. As respostas negativas à questão foram mencionadas por dois docentes, três AO, cinco enfermeiros e cinco médicos, num total de nove respostas de sujeitos que não consideraram pertinente a existência de educadores de saúde.

Resumindo, e proporcionalmente ao número de elementos de cada grupo profissional, o grupo dos AO foi o que considerou mais necessário o profissional de educação para a saúde e os grupos profissionais da enfermagem e medicina os que menos consideraram a importância do educador de saúde.

De ressaltar que esta decomposição dos dados do quadro da questão analisada foi realizada de uma forma mais generalizada não levando em conta os discursos dos participantes nem as subcategorias encontradas ao longo da análise dos mesmos.

Foi ainda colocada mais uma questão aos entrevistados, de modo a saber qual a **importância da EpS profissão** dos entrevistados, do nível um ao nível cinco, correspondendo o um a uma menor importância e o cinco a extremamente importante (5=extremamente importante; 4=muito importante; 3=importante; 2=pouco importante; 1=nada importante). Esta questão destinou-se a saber o quão importante os entrevistados consideravam a prática da EpS na sua profissão. Após a análise dos dados foram então identificadas quatro categorias: extremamente importante (30 UE), muito importante (seis UE), importante (duas UE) e pouco importante (uma UE). Nenhuma das respostas referiu o nível um de importância.

Reportando-nos a uma análise em que é visível a importância atribuída por cada grupo profissional à EpS no seu contexto profissional, pode visualizar-se a Tabela 3.

Tabela 3 – Importância da EpS na prática profissional por grupo profissional

		Qual a importância que atribui à EpS na sua profissão				Total
		Pouco importante	Importante	Muito importante	Extremamente importante	
Profissão dos participantes	AO	0	1	2	7	10
	Docente	0	1	2	8	11
	Enfermeiro	0	0	1	8	9
	Médico	1	0	1	7	9
Total		1	2	6	30	39

Aqui é facilmente visível que o grupo profissional dos enfermeiros considerou maioritariamente (oito em nove sujeitos) que a EpS tem uma importância extrema na sua prática profissional (cinco), havendo uma resposta que consideraram o nível quatro. Foi então o grupo profissional, que, proporcionalmente ao número de profissionais questionados, deu maior importância à EpS no exercício da sua profissão. O grupo profissional dos docentes teve igualmente oito sujeitos que considerou que a EpS seria de importância máxima na sua profissão. No entanto, proporcionalmente ao número de docentes entrevistados, foram em menor número que o grupo profissional dos enfermeiros (oito em 11), havendo dois sujeitos que consideraram o nível quatro de importância e um sujeito que considerou o nível três.

Ambos os grupos profissionais dos médicos e AO apresentaram sete sujeitos que consideraram a EpS com nível cinco de importância. No grupo dos AO, constituído por 11 sujeitos, houve ainda dois que identificaram o nível quatro de importância e um sujeito que identificou o nível três. No grupo profissional dos médicos, que contou com um total de nove sujeitos, para além dos sete já referidos que apontaram o nível cinco de importância, houve ainda um sujeito que apontou o nível quatro e outro que referiu o nível dois, a única referência feita a este nível de importância da EpS na prática profissional dos entrevistados.

No que se refere à análise do conteúdo das entrevistas propriamente dito, pode então visualizar-se o Quadro 11, com categorias e respetivas subcategorias identificadas após a análise dos dados.

Quadro 11 - Importância da EpS na profissão dos entrevistados

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
Extremamente importante	Inerente à prática diária	<i>"é uma das missões(...) procuro que a educação para saúde seja feita através daquilo que é o privilégio da minha matéria, que é o desporto. Portanto, eu utilizo o desporto e a prática desportiva como base para fazer todos os dias educação para a saúde"</i> E4	1
		<i>" Na minha profissão, como disse, é inerente, está implícito transversalmente"</i> E7	1
		<i>"(...)porque trabalho com jovens e acho que é importante transmitir um bocadinho não só os nossos valores(...) nós aqui na escola que estamos mais horas com eles(...) sempre que é oportuno acho que se deve falar deste tema."</i> E8	1
		<i>"(...) porque é muito do trabalho que tu fazes(...)parte do nosso trabalho é essencialmente mais de formação e aconselhamento."</i> E22	1
		<i>"(...) é importante na área da enfermagem (...)é grande parte dos cuidados de saúde primários, porque nós é que vamos tentar incutir comportamentos que vão gerar comportamentos de saúde ou de doença, em relação ao futuro das pessoas"</i> E28	1
		<i>"Estamos em cuidados de saúde primários, logo o nosso objetivo é tentar que as pessoas mantenham a saúde"</i> E29	1
		<i>"(...) é um lema dos cuidados de saúde primários. É isso, é educar tudo, é nós conseguirmos educar uma pessoa bem, as consequências são muito menores, a qualidade vai ser maior"</i> E30	1
		<i>"(...)eu contribuo de uma forma positiva (...) dependendo das informações que eu passo(...)os cuidados primários devem cumprir. É assim, prevenir, a parte da prevenção. E se for detetado, tentar atuar para que não desenvolva para cuidados secundários"</i> E31	1
		<i>" (...) como médicos de família, damos uma grande importância à educação para a saúde(...) estamos constantemente a educar(...) Se houvesse uma pessoa, um educador para a saúde(...) acaba por ser um dinamizador(...) Animação social(...) no sentido de promover hábitos de vida saudáveis. (...)Preparar provas desportivas, fazer caminhadas com os diabéticos, fazer um jantar ou concurso de comidas saudáveis (...) Dava-lhe outro nome, animador para a saúde(...) treinador para a saúde"</i> E32	1
		<i>"cinco, sem dúvida. Nos cuidados primários, só tenho pena que a gente não tenha mais tempo."</i> E36	1
	Necessidade de EpS na escola	<i>"(...) tenho que orientar o doente, consciencializa-lo do que é a doença, então isso já seria uma orientação para a saúde"</i> E37	1
		<i>"Todos os dias nós fazemos educação(...)deve ser sempre valorizado e deve ser contabilizado porque não existe propriamente nada que monitorize isto e acaba por ser daí, se calhar, que nós não damos tanta relevância à educação para a saúde(...) não é de facto monitorizada em termos de tempo, da importância dos ganhos que ela vai ter mais tarde(...)/fazer essa relevância, seja nos registos de enfermagem, por exemplo, seja numa avaliação de desempenho(...) tornar visível a nossa atuação enquanto educadores de saúde."</i> E38	1
		Sub-total	12
		<i>"Porque a saúde para mim é uma coisa muito importante porque as crianças que andam aí às vezes, nem sabem"</i> E3	1
		<i>" (...) hoje em dia já se vê muitos miúdos que não têm a qualidade de vida que deveriam ter em relação à educação para a saúde."</i> E6	1
		<i>"(...) tirando a parte psicológica que é fundamental, por aí vamos buscar muita coisa que vem de trás. Uma criança que nos chega aqui mal alimentada(...) por vezes teve uma discussão em casa, não nos diz que houve uma separação"</i> E12	1
		<i>"(...)esclarecer melhor tanto as crianças como os adultos em relação a várias doenças e a vários tipos de alergias e outras coisas mais"</i> E13	1
		<i>"Porque é essencial! Nós lidamos com casos que mandamos para o hospital, mas se calhar não era necessário se tivéssemos meios adequados aqui na escola"</i> E14	1
		<i>"o cinco porque lidamos diariamente com as crianças e as crianças necessitam que lhes sejam ensinadas várias coisas"</i> E16	1
		<i>"É extremamente importante (...) é fundamental educar os nossos alunos para a saúde(...) é fundamental os indivíduos estarem formados e estarem preparados e saberem como ser indivíduos saudáveis."</i> E17	1
	Contraposição a publicidade existente	<i>"(...) temos aqui muitas situações de crianças doentes"</i> E21	1
		Sub-total	8
		<i>"Cada vez mais se paga publicidade para bolachas, ou sumos, Coca-Cola, ou qualquer coisa, ou ao fast food, e depois não existe publicidade à qualidade. Seria importante fazer publicidade ao que é bom e se as pessoas comessem a comparar"</i> E20	1
		<i>" E a educação começa logo quando a mãe está grávida(...)é aquela cadeia na continuidade(...)tem que trabalhar desde sempre(...)em saúde falta um</i>	

Extremamente importante (continuação)		bocadinho de mass media para contrapor o outro mass media."E24	1
		Sub-total	2
	Melhoria da saúde da população	"(...) a sociedade só pode ser melhor nestes níveis todos se cada um de nós for melhor, e eu penso que isso se constrói(...) tem que ser feito e tem que ser trabalhado, (...) porque o nosso futuro depende muito disso, o nosso futuro enquanto comunidade."E18 "(...)educar é fundamental para que se viva bem em sociedade, educar para a saúde ainda é mais, porque a saúde é um bem comum. (...) se tivermos pessoas bem esclarecidas, bem informadas, bem-educadas daquilo que devem fazer e saber fazer, tanto melhor e ganharemos todos ao nível de saúde pública, comunitária, saúde em geral. Portanto, acho que é muito importante, inclusive na enfermagem que houvesse bons educadores para a saúde, trabalhassem e soubessem fazer o que estão a fazer, e reavaliassem várias vezes o que fazem."E39	1
		Sub-total	1
	Diminuição custos	"Estamos também a poupar porque quando os doentes não estão em grave risco não estão a ocupar uma cama no hospital"E26	1
		Sub-total	1
		"É o cinco. É o máximo, acho que é fundamental mesmo"E2 "O cinco(...) porque com a saúde não se brinca(...)se não tivermos uma saúde saudável podemos morrer"E11 "O cinco, através da educação vai-se lá, a todos os lados(...)só assim é que nós conseguimos evoluir e melhorar"E23 "5.(...) porque talvez um menor consumo ou que as pessoas procurassem uma ajuda mais consciente e que não houvesse um usar abusivo."E27 "cinco(...) por falta conhecimento, por desmotivação, por não estar, se calhar, também preparado para isso, não privilegiamos essa vertente.(...) a parte da educação para a saúde, mas se lhe dermos uma medicação a pessoa cumpre, está mais habituada a ver um médico como um prescriptor de medicamentos propriamente, do que educar para a saúde, fazer educação para a saúde."E34	1 1 1 1 1
	Total Categoria: 30	Sub-total	5
Muito importante	Como complemento	"dava-lhe um quatro, como complemento, uma vez que esta componente seria transversal, uma vez que abarcaria várias disciplinas"E10	1
		Sub-total	1
	Falta de conhecimentos	"um quatro... porque já aprendi qualquer coisa e bastava-me mais umas ações de formação e acho que ficava com mais conhecimento"E15	1
		Sub-total	1
	Falta de tempo e especificidade	" (...) se houver um técnico para isso(...) libertava mais o pessoal de enfermagem(...) estava mais adequado, tinha muito mais disponibilidade para informar as pessoas, sempre mais correctamente"E33	1
		Sub-total	1
		"na minha profissão, o 4"E1 "Se calhar um quatro. Eu acho que é fundamental. Nós vivemos numa sociedade em que a boa informação, o bom levar das coisas a bom sítio, é essencial neste momento."E5 "Quatro, porque cinco, se calhar, era um bocadinho difícil e porque abaixo há mais complicações ao nível de patologia"E35	1 1 1
Total Categoria: 6		Sub-total	3
Importante		"Porque eu penso que é importante termos conhecimentos, termos noção, mas não é exatamente o nosso papel, penso que deveria haver alguém só para isso."E9 "Porque a nossa profissão é um bocado... para já é desgastante, pronto. E a nível de alimentação(...) Olhe, para já não temos boa saúde aqui dentro"E19	1 1
Pouco importante		"Dois, porque atribuo funções nesta área, e competências"E25	1
Total UE categorias			39

Na categoria extremamente importante foram identificadas cinco subcategorias: *inerente à prática diária* (12 UE), *necessidade de EpS na escola* (oito UE), *contraposição a publicidade existente* (duas UE), *melhoria da saúde da população* (duas UE) e *diminuição dos custos* (uma UE). Estas subcategorias correspondem à justificação dada pelos entrevistados relativamente ao nível de importância da EpS por eles apontada. A categoria extremamente importante apresenta ainda cinco UE, cujas

UR não foram incluídas em nenhuma subcategoria, pois embora refiram o nível cinco, não apresentam nenhuma justificação que se enquadre nas restantes subcategorias, por serem um pouco inespecíficas.

No que se refere à subcategoria *inerente à prática diária*, teve UR referidas por três docentes, três médicos e seis enfermeiros.

Nesta subcategoria são visíveis diversas referências aos cuidados de saúde primários, como cenário ideal e privilegiado para a execução da EpS, de modo a chegar à população e incutir hábitos e comportamentos para manutenção ou obtenção da saúde, bem como a prevenção da doença e do recurso aos cuidados secundários de saúde. (“(...) *é importante na área da enfermagem (...)é grande parte dos cuidados de saúde primários, porque nós é que vamos tentar incutir comportamentos que vão gerar comportamentos de saúde ou de doença, em relação ao futuro das pessoas*”E28; “(...)eu contribuo de uma forma positiva (...) dependendo das informações que eu passo(...)os cuidados primários devem cumprir. É assim, prevenir, a parte da prevenção. E se for detetado, tentar atuar para que não desenvolva para cuidados secundários”E31).

Podem ainda ler-se referências ao trabalho com jovens e à utilização das temáticas da unidade curricular como veículos para a transmissão diária da EpS, como se pode observar na UR referida por um docente: “*é uma das missões(...) procuro que a educação para saúde seja feita através daquilo que é o privilégio da minha matéria, que é o desporto. Portanto, eu utilizo o desporto e a prática desportiva como base para fazer todos os dias educação para a saúde*”E4.

Interessante será também referir a menção específica, por parte de um enfermeiro, à falta de monitorização da prática efetiva da EpS, o que faz com esta ação passe um pouco despercebida e seja desvalorizada visto que não existem registos de tempo utilizado nem de ganhos em saúde obtidos. É ainda feita uma sugestão para a monitorização da EpS através dos registos de enfermagem ou nas avaliações de desempenho do enfermeiro, de forma a tornar esta ação mais visível e contabilizada, conforme se lê na UR correspondente: “*Todos os dias nós fazemos educação(...)deve ser sempre valorizado e deve ser contabilizado porque não existe propriamente nada que monitorize isto e acaba por ser daí, se calhar, que nós não damos tanta relevância à educação para a saúde(...) não é de facto monitorizada em termos de tempo, da importância dos ganhos que ela vai ter mais tarde(...)fazer essa relevância, seja nos*

registos de enfermagem, por exemplo, seja numa avaliação de desempenho(...) tornar visível a nossa atuação enquanto educadores de saúde. "E38.

Outra referência interessante foi a de um médico que refere que apesar da EpS fazer parte da prática diária do médico, um educador de saúde acabaria por ser um dinamizador, como que um animador social da parte da EpS, promovendo atividades saudáveis, de forma a envolver a população e estimulando-a a adquirir hábitos e comportamentos saudáveis, tal como se lê na UR: “ *(...) como médicos de família, damos uma grande importância à educação para a saúde(...) estamos constantemente a educar(...) Se houvesse uma pessoa, um educador para a saúde(...) acaba por ser um dinamizador(...) Animação social(...) no sentido de promover hábitos de vida saudáveis. (...) Preparar provas desportivas, fazer caminhadas com os diabéticos, fazer um jantar ou concurso de comidas saudáveis (...) Dava-lhe outro nome, animador para a saúde(...) treinador para a saúde" E32.*

De relembrar que todos os enfermeiros se consideraram educadores de saúde, aquando colocada esta questão, pelo que existe alguma coerência nestas respostas, já que seis dos nove enfermeiros da amostra consideraram de máxima importância a prática da EpS na sua profissão, pois esta faz parte da sua prática profissional quotidiana.

A subcategoria *necessidade de EpS na escola* foi referida por seis AO e dois docentes, como justificação à importância máxima da EpS no seu contexto profissional, ou seja, como o seu palco de desempenho profissional envolve necessariamente crianças e jovens, a EpS foi considerada importante no sentido de orientar os alunos para melhores comportamentos e dar-lhes algum apoio em áreas que estes necessitem, de forma a serem indivíduos saudáveis, já que é observável por parte dos entrevistados algumas crianças cujos hábitos não são considerados saudáveis e por esse motivo necessitam de intervenção.

Na subcategoria *contraposição de publicidade existente* houve referências, por parte de um docente e um médico, à importância da EpS nos *media* para contrariar publicidade que existe hoje em dia e chega à população, relativa a refrigerantes, *fast food* e outros tipos de hábitos que pouco ou nada contribuem para a existência de indivíduos saudáveis. Estes entrevistados consideraram que se houvesse mais publicidade relativa a hábitos de vida saudáveis, o exercício da EpS nas suas profissões seria mais facilitado, pois haveria este apoio em larga escala e este incentivo contínuo. Será então importante contextualizar o que foi referido com as UR desta subcategoria:

“Cada vez mais se paga publicidade para bolachas, ou sumos, Coca-Cola, ou qualquer coisa, ou ao fast food, e depois não existe publicidade à qualidade. Seria importante fazer publicidade ao que é bom e se as pessoas comessem a comparar”E20; “E a educação começa logo quando a mãe está grávida(...)é aquela cadeia na continuidade(...)tem que trabalhar desde sempre(...)em saúde falta um bocadinho de mass media para contrapor o outro mass media.”E24.

A subcategoria *melhoria da saúde da população* reuniu UR de um enfermeiro e um docente, que referiram especificamente a EpS no contexto comunitário, de forma a obter uma sociedade mais saudável, objetivo das suas intervenções no seu contexto profissional. A saúde foi considerada um bem comum, que caso não seja cultivada poderá por em causa o futuro enquanto comunidade. Foi ainda referida a importância de, para além de intervir nas áreas consideradas necessárias, avaliar a eficácia das intervenções e ensinamentos realizados, como se pode ver na UR: *“(...)educar é fundamental para que se viva bem em sociedade, educar para a saúde ainda é mais, porque a saúde é um bem comum. (...) se tivermos pessoas bem esclarecidas, bem informadas, bem educadas daquilo que devem fazer e saber fazer, tanto melhor e ganharemos todos ao nível de saúde pública, comunitária, saúde em geral. Portanto, acho que é muito importante, inclusive na enfermagem que houvesse bons educadores para a saúde, trabalhassem e soubessem fazer o que estão a fazer, e reavaliassem várias vezes o que fazem.”E39.*

A subcategoria *diminuição de custos* contou com uma UR referida por um médico, que referiu que a importância da EpS na sua profissão deve-se à realidade de que esta gera uma poupança nos recursos económicos, já que se as intervenções forem bem-sucedidas a necessidade de cuidados de saúde secundários diminuirá: *“Estamos também a poupar porque quando os doentes não estão em grave risco não estão a ocupar uma cama no hospital”E26.*

Ainda na categoria extremamente importante podem encontrar-se cinco UE (dois médicos, um docente, um AO e um enfermeiro) que devido à sua inespecificidade não foram colocadas em nenhuma subcategoria. Numa das UR há alusões à importância da EpS no contexto profissional, havendo referências específicas no que concerne à facilidade por parte da população de ver um médico como um prescritor de terapêutica e não como um educador de saúde, se bem que a vertente da EpS seja negligenciada por falta de conhecimentos específicos ou motivação, como se pode ler: *“cinco(...) por falta conhecimento, por desmotivação, por não estar, se calhar, também preparado para*

isso, não privilegiamos essa vertente.(...) a parte da educação para a saúde, mas se lhes dermos uma medicação a pessoa cumpre, está mais habituada a ver um médico como um prescritor de medicamentos propriamente, do que educar para a saúde, fazer educação para a saúde.”E34.

Relativamente à categoria muito importante, foram identificadas três subcategorias, com um UE cada: *como complemento*, *falta de conhecimentos* e *falta de tempo e especificidade*.

A subcategoria *como complemento*, cuja UR foi referida por um docente, que mencionou a transversalidade da EpS a várias unidades curriculares, já que este não teria, na sua opinião um lugar de unidade curricular ou área não curricular independente, mas em complementaridade com todas as outras (*“dava-lhe um quatro, como complemento, uma vez que esta componente seria transversal, uma vez que abarcaria várias disciplinas”E10*).

A UR correspondente à subcategoria *falta de conhecimentos* foi referida por um AO, que atribui o valor de quatro à importância da EpS por sentir que os conhecimentos na área são insuficientes para elevar a importância ao nível cinco.

Na subcategoria *falta de tempo e especificidade* com uma UR de um enfermeiro, houve referência à importância da EpS no exercício profissional, preferencialmente exercida por um educador de saúde, especificamente treinado e formado para tal, o que aliviaria um pouco os enfermeiros para tantas outras funções que têm que desempenhar no dia-a-dia profissional, tal como se pode ler: *“(...)se houver um técnico para isso(...) libertava mais o pessoal de enfermagem(...) estava mais adequado, tinha muito mais disponibilidade para informar as pessoas, sempre mais correctamente”E33*.

Ainda dentro da categoria muito importante são visíveis três UE cujas UR foram referidas por um médico, um docente e um AO, que atribuem esta relevância à EpS na sua profissão, sem grande especificidade na sua justificação pelo que não foram colocadas em nenhuma subcategoria.

A categoria importante reuniu duas UE, sendo referida na UR de um docente e um AO. Nesta subcategoria podem ler-se referências ao stress laboral como um impedimento de um maior exercício da EpS no contexto profissional, referida por um AO. Por sua vez, o docente fez menção à atribuição do papel de aplicação da EpS ao educador de saúde, pelo que não lhe atribuía mais importância, já que este profissional é que deveria ter esta responsabilidade, apesar de admitir que deve haver alguns conhecimentos de EpS por parte dos docentes, como se lê: *“Porque eu penso que é*

importante termos conhecimentos, termos noção, mas não é exatamente o nosso papel, penso que deveria haver alguém só para isso.”E9.

Por fim, pode contar-se uma UE na categoria pouco importante, cuja UR foi referida por um médico, que por delegar funções e competências na área da EpS, considerou que esta era uma área cuja importância na sua prática profissional não era muito relevante.

Seguidamente serão discutidos e analisados os dados descritos neste capítulo.

5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Como referido no capítulo anterior, algumas das questões colocadas e analisadas não foram delineadas como objetivos específicos, tendo sido pertinentes na medida em que alicerçaram e contextualizaram de forma mais consistente as restantes respostas às questões identificadas pelo investigador como objetivos de estudo.

Para facilitar a compreensão deste capítulo, optou-se por realizar a análise dos resultados descritos através dos objetivos específicos estabelecidos. Ao longo da análise foi dado ênfase aos resultados mais significativos, sendo os mesmos analisados de forma mais detalhada.

Antes de discutir as respostas aos objetivos estabelecidos torna-se pertinente comentar os conceitos de *saúde* e de *educação para a saúde* referidas pelos sujeitos do estudo.

No que concerne ao **conceito de saúde**, e após análise dos resultados, é clara e maioritariamente visível (58 UE) a associação do conceito de saúde ao conceito de bem-estar, em todas as suas vertentes – biológica, psíquica, social, relacional, emocional, comportamental.

Estes resultados são coerentes com o que se descreve no capítulo do referencial teórico, como se pode ler na definição de saúde preconizada pela OMS (1946) e já mencionada anteriormente no referencial teórico: *“Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”*.

De referir ainda ter havido menções específicas à OMS e ao conceito de saúde preconizado por esta, por parte de dois docentes, o que pode também dever-se à formação académica dos mesmos e ao contacto prévio com esta definição.

Num estudo realizado por Martin & Angelo (1998) com famílias carenciadas num município de São Paulo, cujo objetivo foi conhecer o significado do conceito de saúde na opinião destas, foram achados resultados semelhantes. O conceito de saúde foi retratado como completo bem-estar pessoal, ou o principal para se viver. Foram também focadas as várias vertentes deste bem-estar - ter condições físicas e psicológicas, não ter nada que possa afligir o bem-estar, nem que cause risco de vida e ter condições económicas e sociais para viver bem, ter fé e ter proteção divina.

Estes resultados demonstraram ser possível compreender aspetos da vivência da saúde dos entrevistados, refletindo a importância deste conceito na vivência familiar, numa perspetiva individual e de núcleo familiar, até à interação com o contexto externo.

No que se refere às restantes definições do conceito de saúde encontradas e descritas no capítulo anterior, será relevante enfatizar alguns das ideias referidas. Uma das respostas referiu especificamente a *necessidade de acesso a cuidados de saúde* como sinónimo do conceito de saúde. Neste contexto, e visto que a resposta foi mencionada por um assistente operacional (AO), pode eventualmente relacionar-se esta definição ao antigo conteúdo funcional desta categoria profissional (antigos auxiliares de ação educativa), no qual é referido que uma das suas funções, como exposto pelo Ministério da Educação (2006) é “*prestar apoio e assistência em situações de primeiros socorros e, em caso de necessidade, acompanhar a criança ou o aluno à unidade de prestação de cuidados de saúde.*” Como a função descrita se encontra associada ao acesso a serviços de saúde, é compreensível que o conceito de saúde descrito tenha sido este.

As respostas que focaram os *cuidados consigo próprio na manutenção de estilo de vida saudável*, nomeadamente a higiene, higiene oral, alimentação e exercício físico, foram referidos apenas por elementos da comunidade escolar, o que pode levar a crer que estes resultados estejam relacionados com as temáticas prioritárias na intervenção da saúde escolar. Talvez por serem as temáticas com que sentem mais familiarizados, foram estas a ser focadas na definição de saúde indicada pelos sujeitos em causa. Como se pode ler no plano nacional de saúde escolar, no contexto da intervenção de saúde escolar, as áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis são, segundo o Ministério da Educação (2006): Saúde mental; Saúde oral; Alimentação saudável; Atividade física; Ambiente e saúde; Promoção da segurança e prevenção de acidentes; Saúde sexual e reprodutiva; Educação para o consumo.

Num estudo realizado por Samulski & Noce (2000) relativo à importância da atividade física para a saúde e qualidade de vida, que teve como um dos objetivos conhecer o conceito de saúde de professores, alunos e funcionários da Universidade Federal de Minas Gerais, concluiu-se que o conceito de saúde se encontra fortemente ligado à saúde física. O termo *alimentação* foi, de uma forma geral, o mais associado com saúde. Este termo foi predominante para a maioria dos departamentos da universidade à exceção dos departamentos de educação física e psicologia que selecionaram a *qualidade de vida* e a medicina que selecionou o *bem-estar mental*.

Estes resultados reforçam também os resultados encontrados nas respostas analisadas, onde houve também referência específica à *qualidade de vida* como definição de saúde e o *bem-estar mental*, inserido na definição de bem-estar, em todas as suas vertentes já descritas na apresentação de resultados.

A *qualidade de vida* foi também referida por um AO como sinónimo de saúde. As evidências científicas que mostram a contribuição da saúde para a qualidade de vida de indivíduos ou populações são em grande número. No entanto, este é um conceito de difícil definição visto que é subjetivo e relativo, tendo em conta o contexto sociocultural de cada indivíduo. Pode ainda assim referir-se, com base em Buss (2000), que muitos componentes da vida social que contribuem para uma vida com qualidade são também fundamentais para que indivíduos e populações alcancem um perfil elevado de saúde, ou seja os conceitos de *saúde* e *qualidade de vida* encontram-se intimamente ligados.

Outro estudo que vem suportar os resultados encontrados foi realizado por Nery et al. (2009) com alunos do ensino básico em dez escolas na Cidade da Bahia, que teve como objetivo conhecer o conceito de saúde dos mesmos. As categorias que surgiram foram: *biológica, social, ecológica, espiritual e prevenção*. Os resultados da pesquisa evidenciaram uma diversidade de explicações sobre o conceito de saúde desde a visão reducionista, que associa a saúde apenas a uma alteração ou disfunção física até uma visão alargada, reconhecendo a relação existente entre o homem e o meio ambiente, na busca da satisfação das suas necessidades de saúde, incluindo a dimensão espiritual.

Outra das respostas que merece algum realce refere-se ao conceito de saúde como *um bem que todos têm direito*. Esta definição refere-se assim à saúde como um direito. Este direito encontra-se consagrado na Constituição da República Portuguesa (2001), artigo 64º: “*Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover*” e na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), artigo 25º: “*Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários (...)*”

O conceito de *satisfação de necessidades* e *acesso a serviços públicos* foram também referidos como definições de saúde por dois dos entrevistados e poderá também ser teoricamente suportado pelo que foi referido nestes documentos.

Por fim, faz sentido ainda mencionar outro dos conceitos de saúde referidos por um docente e um AO, sendo a *ausência de doença*. Esta definição vai de encontro à definição proposta por Boorse em 1975, que considerava que definir *saúde* como

excelência funcional seria uma utopia, tendo criado este conceito mais funcional (Filho, 2002).

Fazendo uma análise geral das respostas à questão relacionada com o conceito de saúde, pode dizer-se que foi evidente a complexidade e abrangência do conceito de saúde, podendo este englobar vários significados, tal como é suportado no referencial teórico. Ao longo das entrevistas foi visível que a estruturação do significado de *saúde* foi sendo construído à medida que as respostas iam fluindo, o que originou respostas mais ricas.

De uma forma global, não se observaram grandes diferenças de conceitos de saúde entre grupos profissionais, havendo somente alguma diferença de pormenores no que concerne aos contextos profissionais de cada um, ou seja, as respostas dos profissionais da comunidade escolar tinham por base a escola e dos profissionais de saúde o contexto do centro de saúde, mas no fundo acabaram por se convergir.

O conceito que cada um tem de saúde influencia a perspetiva sobre a educação para a saúde (EpS), pelo que se torna pertinente analisar a segunda questão colocada, relativa ao **conceito de educar para a saúde**. Assim, e após a análise dos resultados obtidos, o aconselhamento, ensino e formação relativa a manutenção da saúde e estilos de vida saudáveis foi a categoria mais referida pelos entrevistados (28 UE), na qual as definições foram centradas na transmissão de informação e na mudança de comportamentos, sendo transversal a todos os grupos profissionais incluídos no estudo. Assim, será pertinente focar alguns dos conceitos inseridos nesta definição. A *promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis* (13 UE), como uma definição do conceito de educar para a saúde, assim como a *intervenção na mudança de comportamentos* (duas UE) foram algumas das subcategorias encontradas. O *ensino relativo a ferramentas e linhas orientadoras para a manutenção da saúde* (cinco UE), *ensino da importância de cuidados com a própria saúde* (quatro UE) e o *ensino para a prevenção da doença* (três UE) foram igualmente achados referentes ao conceito de educar para a saúde e que se coadunam com o referencial teórico e com resultados de alguns estudos, que se analisam seguidamente.

Na definição de uma das enfermeiras questionada neste estudo, pertencente à categoria aconselhamento, ensino e formação relativa a manutenção da saúde e estilos de vida saudáveis, a EpS é “*transmitir conceitos, ensinar, é fazer levar o outro a mudar a sua postura, a sua atitude, o seu hábito, a sua rotina, para, neste caso, por exemplo,*

um estilo de vida que seja mais saudável, com melhores benefícios em termos de saúde para si a longo prazo e que vai ter repercussões mais tarde na sua saúde.”

Esta definição ajusta-se aos conceitos referidos por diversos autores mencionados no referencial teórico, como se pode ler na seguinte definição de EpS que é talvez a que melhor sintetiza os resultados encontrados ao longo da análise dos dados:

“Educação para a saúde é toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença [...], produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida”.

(Carvalho & Carvalho, 2006 citando Tones e Tilford, 1994)

Bonito (2009) refere ainda que a EpS é um encontro educativo que informa, motiva e ajuda o sujeito a adotar e a manter práticas e estilos de vida saudáveis e que defende as mudanças ambientais necessárias para facilitar esses objetivos.

Diversos estudos têm vindo a ser realizados com o intuito de conhecer o conceito de EpS junto de enfermeiros e também de professores, os profissionais mais referidos a nível teórico e nos quais mais incidem os estudos realizados na área da EpS, visto que são estes a ser chamados à ação quando de fala de EpS. Reforçando o referido, e tal como é exposto pelo Ministério da Educação (2006), dos técnicos de saúde e de educação espera-se que, no desempenho das suas funções, assumam uma atitude permanente de *empowerment*, o princípio básico da promoção da saúde.

Um estudo qualitativo realizado no Brasil por Rosso e Collet (1999), cuja amostra foi constituída por 14 enfermeiros, com o objetivo de compreender como as práticas educativas eram desenvolvidas nas unidades de saúde onde trabalhavam, revelou que as práticas educativas dos enfermeiros tinham o foco na mudança de comportamentos e estavam alicerçadas em orientações e transmissão de informações. Estes resultados são coerentes com os resultados do presente estudo, apesar de se ter investigado o conceito de EpS em quatro grupos profissionais distintos, desempenhando funções em dois cenários e áreas distintas mas complementares.

Num outro estudo qualitativo com o objetivo de conhecer as perspetivas de implementação de papéis na promoção de saúde, Clark e Maben (1998) estudaram

estudantes de enfermagem, enfermeiros e professores de enfermagem. Dar conselhos e informação, educar e ensinar foram as respostas mais assinaladas como sinónimos de Eps. Este mesmo estudo demonstrou alguma confusão entre os termos EpS e promoção da saúde por parte de estudantes e enfermeiros.

No contexto escolar, as estratégias que a escola adota devem permitir criar sinergias com o ambiente social, assegurar respostas adequadas às necessidades e aos problemas diagnosticados, promover a participação do centro de saúde e dos outros setores da comunidade no desenvolvimento dos princípios das escolas promotoras da saúde.

Gomes (2009) refere que através dos programas de EpS deve preparar-se o aluno para cuidar de si no que diz respeito a normas de higiene pessoal e ambiental, regras de segurança doméstica, de lazer. O aluno deverá ainda ser capaz de cuidar da sua própria saúde e adotar um estilo de vida que comporte o objetivo do desenvolvimento de todas as suas capacidades físicas, mentais e sociais.

Esta referência do autor supra citado coaduna-se perfeitamente com as respostas obtidas no estudo, das quais se impõe um exemplo perfeito do que foi referido, mencionado por um docente, relativamente ao conceito de EpS: *“(...)desenvolver hábitos e estilos de vida saudáveis (...) que passam pela promoção de uma criação de um estilo de vida que de facto se aproxime de um sentimento de vida de felicidade, de bem-estar, de alegria, de fazer as coisas com prazer, com investimento, que se cultiva, se isso for cultivável ao longo da vida, isso é educar para a saúde(...)perspetiva da alimentação(...) exercício(...) hábitos do lazer, a forma como se ouve música, a forma como estamos com os amigos, etc.”*

Nas definições encontradas nos resultados deste estudo foi ainda referida a *educação para a cidadania* como sinónimo de EpS. Por definição, a educação para a cidadania, tal como refere o Ministério da Educação no Decreto-Lei n.º 6/2001, p.260 *“visa o desenvolvimento da consciência cívica dos alunos como elemento fundamental no processo de formação de cidadãos responsáveis, críticos, ativos e intervenientes, com recurso, nomeadamente, ao intercâmbio de experiências vividas pelos alunos e à sua participação, individual e colectiva, na vida da turma, da escola e da comunidade”*, no âmbito da área curricular não disciplinar de formação cívica. Esta definição foi referida exclusivamente por docentes, já que esta se relaciona com a sua realidade profissional.

A *vertente importante na prática profissional* foi referida como forma de descrição do conceito por um AO e um enfermeiro, embora não tenha correspondido de facto a uma definição, mas à relevância desta na prática profissional; eventualmente por não terem conseguido definir concretamente o conceito, foi referida a importância atribuída ao mesmo, que se analisará numa questão mais à frente.

A *transmissão de conhecimentos* no sentido de ser capaz de transmitir o que se sabe foi outra das categorias identificadas como sinónimos de educar para a saúde, tendo sido referida nas respostas de um médico e um AO. Esta categoria não foi incluída na categoria aconselhamento, ensino e informação relativa à manutenção da saúde e estilos de vida saudáveis visto que nas respostas não houve menção específica a alteração de estilos de vida nem manutenção da saúde, mas talvez mais às componentes pedagógicas da transmissão de conhecimentos. Torna-se então pertinente evidenciar o conceito referido pelos entrevistados. É sabido que a transmissão de conhecimentos a determinado indivíduo ou população difere da educação destes relativamente a uma determinada temática, visto a educação manifestar-se necessariamente numa ação no sujeito e no educador ao contrário da simples transmissão de conceitos.

O conceito de EpS nem sempre esteve associado à necessidade de o sujeito ou comunidade alvo das intervenções ter um papel interativo neste processo, fazendo com que as respostas se encaixem mais numa definição “tradicional” de EpS, como referem Carvalho & Carvalho (2006), mais centrada na informação e mudança de comportamentos, na qual aparecem termos como “transmissão de conhecimentos”, como se pode ler na definição: “*Transmitir conceitos que levem a uma postura perante a vida e que nos leve a ter determinados cuidados*”E20. Por oposição a esta definição de EpS houve também referências a uma definição mais “participativa”, na qual o sujeito tem o poder para agir e pensar por si mesmo, como se pode ler nas definições de dois médicos, que usam as expressões “pensar” e “tomar decisões”: “*promover hábitos, atitudes e fornecer bases de maneira a que as pessoas consigam pensar de forma a atingir esse estado de saúde.*”E25 e “*dotar a população geral de conhecimentos que permitam tomar decisões mais informadas possíveis sobre a saúde, sobre o bem-estar.*”E36. Estes resultados coadunam-se com alguns dos resultados de um estudo de Carvalho & Carvalho (2006), em que um dos objetivos foi precisamente conhecer as noções de enfermeiros a desempenhar funções em cuidados de saúde primários sobre EpS. Neste estudo os dados obtidos foram colhidos através de questionários e entrevistas. Dos enfermeiros questionados, a maior parte referiu um

“conceito participativo” enquanto que um grupo menor referiu um “conceito predominantemente tradicional”. Estes resultados foram contrastantes com os resultados obtidos através de entrevista, nos quais as enfermeiras entrevistadas apresentaram uma visão tradicionalista da EpS, normativa e centrada na transmissão de informação e mudança de comportamentos. Observa-se portanto, uma consonância entre os resultados obtidos através de entrevista no estudo de Carvalho & Carvalho (2006) e o presente estudo.

Numa análise global às respostas relativas ao conceito de EpS, pode referir-se que as definições referidas pelos entrevistados foram de encontro ao descrito no referencial teórico e restantes estudos realizados dentro deste âmbito. Podem também observar-se algumas diferenças que podem associar-se ao contexto profissional de cada entrevistado, que construiu a sua definição de EpS com base na sua experiência quotidiana no desempenho das suas funções profissionais, e mediante as temáticas que lhe são mais familiares.

À semelhança da questão anterior, pôde observar-se a construção da definição do conceito de EpS ao longo do desenvolvimento da resposta, o que poderá ter originado respostas autênticas.

No que refere ao objetivo específico de **conhecer a definição do conceito de educador de saúde**, por parte dos sujeitos da amostra, pode dizer-se que as categorias e subcategorias identificadas foram bastante semelhantes às descritas na definição de EpS, visto que, maioritariamente, as respostas referentes à definição de educador de saúde foram coincidentes com alguém que exerce a EpS, ou seja, que aplica as categorias e subcategorias do conceito de EpS.

A categoria mais referida foi alguém que realiza aconselhamento, ensino e informação relativa à manutenção da saúde e estilos de vida saudáveis, com 25 UE, cujas subcategorias identificadas foram, como já referidas no capítulo anterior, a *promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis* (duas UE), *intervenção na mudança de comportamentos* (seis UE), *ensino relativo a ferramentas e linhas orientadoras para a manutenção da saúde* (12 UE) e *ensino para a prevenção e gestão da doença* (cinco UE). Para melhor ilustrar estas subcategorias, podem destacar-se respostas como “*consegue (...)levar os outros a terem comportamentos saudáveis*”E24, E32 referidas por médicos e “*pessoa devidamente formada e certificada numa área relacionada com a saúde, que vai conseguir com que os seus conhecimentos teórico e práticos sirvam de modelo a outras pessoas*”E39 referida por um enfermeiro.

De encontro a estes resultados, vai a definição referida pelo Bureau of Labor Statistics (2012), segundo a qual um educador de saúde é alguém que ensina a população e indivíduos acerca dos comportamentos a adotar de modo a ter saúde, encorajando decisões saudáveis.

George (2010) com base em Maltais & Borduas (2000) refere que a maioria dos educadores de saúde atuam em conformidade com os princípios de educação de adultos, onde estes são os principais responsáveis pela sua própria formação e encorajados a desempenhar um papel ativo no processo de aprendizagem, identificando as suas necessidades e interesses, e expressá-los. Compete aos educadores de saúde fornecer as ferramentas e o ambiente necessário à transmissão de conhecimento para facilitar a integração de novas informações, competências e comportamento na prática dos cuidados de saúde.

No que concerne à promoção da saúde no contexto escolar, esta deve ser realizada por todos os atores sociais envolvidos no processo: profissionais de saúde, comunidade escolar (alunos, professores, pais, funcionários, direção) e comunidade onde se insere a escola, procurando desenvolver as capacidades de autocuidado em saúde e a prevenção das condutas de risco em todas as oportunidades educativas. (Santos & Bógus, 2007 com base em Torres, 2002)

Com base no que foi descrito, pode então analisar-se a categoria sociedade, com quatro UE, referida somente por docentes, onde houve menções específicas ao papel da sociedade em geral, escola, família e *media* como educadores de saúde, como se pode ver nos excertos “*devemos ser todos (...)comunicação social(...)escola(...)*”E18; “*Todos nós um pouco, professores, pedagogos, família, pais, comunicação social, amigos, todos, sociedade no geral.*”E10, fruto do contexto profissional dos docentes, que consideram a importância das influências exercidas por parte do meio no qual os alunos estão inseridos, com todos os sujeitos inerentes ao mesmo.

A importância dada aos *media* neste contexto, poderá ter estado relacionada com o grupo profissional que o mencionou, já que estão em constante contacto com adolescentes e podem observar *in loco* os efeitos de algumas das mensagens transmitidas pelos mesmos nos comportamentos e estilos de vida dos alunos.

Como refere Mota (2011) a televisão e a imprensa escrita constituem atualmente formas de socialização bastante poderosas. Os adolescentes são confrontados diariamente com um conjunto de imagens e informações provenientes de

variadas fontes criando conceitos ilusórios, por vezes relacionados com interesses monetários e pouco preocupados com questões de saúde.

Num estudo de Gaspar (2006) que teve como objetivo averiguar as fontes de informação de saúde, o impacto auto percebido da informação de saúde e a sua relação com alguns comportamentos jovens dos ensinos secundário e superior, um dos resultados foi que os pares, a informação audiovisual e a família são as fontes de informação de saúde mais reconhecidas pelos estudantes, e a escola e a comunidade em sentido lato são as menos reconhecidas. Este resultado coaduna-se com a importância dos *media* atribuído pelos entrevistados na influência das escolhas de comportamentos saudáveis por parte dos alunos.

Ainda relacionado com esta categoria, pode fazer-se referência a todos os intervenientes da comunidade escolar, como parte integrante da sociedade, que deverá contribuir para a obtenção e manutenção da saúde, promovendo e incentivando estilos de vida e comportamentos saudáveis. Assim, nenhum dos elementos deverá ser esquecido na construção de um ambiente propício à saúde. Como refere o Ministério da Saúde (2006), para a redução do risco de doença e aumento da saúde em crianças e adolescentes, a escola deverá proporcionar aos alunos a expressão, comunicação, laços de afeto com as pessoas e o meio e aos professores e auxiliares de ação educativa, trabalho de equipa, formação adequada às necessidades e espaços de debate.

A categoria profissionais de saúde (oito UE - três AO, três enfermeiros e dois médicos) nunca foi referida por docentes, enquanto que a categoria profissionais de educação foi somente referida por docentes. Torna-se pois interessante fazer referência a um estudo efetuado com profissionais de saúde e educação, já que não houve menção dos docentes relativamente aos profissionais de saúde como educadores de saúde e vice-versa.

Num estudo qualitativo realizado por Mota (2011) com o objetivo de analisar a relação entre professores e técnicos de saúde que trabalham na área da EpS escolar, com uma amostra de 18 sujeitos (11 professores e sete profissionais de saúde), constatou-se que ambos os profissionais percebem como muito importante o seu papel na concretização de dinâmicas de EpS escolar e reconhecem a necessidade da complementaridade de saberes.

Apesar desta discrepância, esta poderá dever-se a diferenças estruturais dos estudos e questões colocadas aos sujeitos de ambos os estudos, visto que no estudo de Mota (2011) as questões colocadas foram especificamente direcionadas à percepção de

ambos os grupos profissionais na importância do papel de cada um na EpS, ou seja, aos docentes colocou-se a questão sobre a importância do papel do enfermeiro na EpS em contexto escolar e aos enfermeiros sobre a importância do papel dos docentes na EpS em contexto escolar. No presente estudo, foi solicitada a definição de educador de saúde a cada entrevistado, sem menção a nenhum profissional em particular, pelo que foi uma definição realizada livremente pelo sujeito à qual se dirigia a entrevista. De qualquer das formas não deixa de ser interessante que docentes e profissionais de saúde considerem o seu grupo profissional como uma própria definição de educador de saúde e não haja referência recíproca. No entanto quatro AO, apesar de estarem inseridos no contexto escolar, referiram respostas que se enquadraram na categoria profissionais de saúde, provavelmente por relacionarem a figura de educador de saúde com o delegado de saúde escolar, que foi em tempos uma figura de recurso da área da saúde presente na escola, o que poderá também prender-se com a média de idades deste grupo profissional – 45,9 – que poderá ter lidado mais de perto com esta realidade.

Uma outra categoria identificada como definição de educador de saúde foi profissional de apoio aos programas de saúde, referida por um médico que fez a seguinte definição: *“fornecedor de informação da saúde e também de apoio ao centro de saúde e do hospital para apoiar os programas de saúde.”*

Esta definição está de acordo com o que refere George (2010) quando diz que os educadores de saúde são os elos de ligação entre os mais recentes avanços na área da educação para a saúde para os profissionais de saúde e educação, através de uma melhoria constante de cursos educacionais para promover a efetiva prestação de serviços à comunidade.

Ainda neste contexto, Correia et al. (2001), relativamente à profissão de enfermagem, refere que o enfermeiro detém um lugar privilegiado nos modelos de equipa multidisciplinar devido às múltiplas oportunidades que tem de conhecer as famílias e os seus estilos de vida durante a prestação de cuidados, assim como os recursos comunitários. Estas oportunidades conferem-lhe o papel de agente facilitador da mudança que se pretende efetuar.

As atividades educativas, como meio de alcançar determinados fins, representam uma parte do conjunto de atividades dos programas de saúde. Contudo, todos eles necessitam, ainda que nem sempre se reconheça, da colaboração de um especialista (Candeias, 1997).

Neste contexto, e reportando-nos ao especialista em EpS propriamente dito, ou seja, o educador de saúde que obtém o grau de especialista, pode referir-se um estudo realizado com estes profissionais de McKenzie e Seabert (2009), levado a cabo nos Estados Unidos da América, com uma amostra de 1340 Educadores de Saúde, no qual concluíram que as razões que levam estes profissionais a obterem o grau de Certified Health Educator Specialist (CHES) são semelhantes às razões que os levam a manter este grau, sendo algumas delas: “(...) *to improve my chances of getting a Job*” “(...) *to show others that I am competent to practice health education*” “(...) *to assist with my upward mobility within the profession.*” (p.404)

Ainda no mesmo estudo, o principal motivo referido (71,9% das respostas) para os profissionais continuarem a ser CHES, foi “(...) *to show others that I am competent to practice health education*”, seguida de perto com a resposta “(...) *to improve my chances of getting a job*”(69,3%). Uma minoria respondeu “(...) *it helps me stay current.*”

Independentemente dos resultados deste estudo, pode considerar-se benéfico o facto deste tipo de certificação ter que ser obrigatoriamente renovada para se manter válida. Seja por motivos de ordem de reconhecimento pessoal, profissional ou social, a realidade é que este tipo de estrutura sujeita os Especialistas em Educação para a Saúde a uma atualização constante de conhecimentos, o que pode levar a acreditar que os objetivos da sua intervenção estarão de acordo com as políticas de saúde mais atuais, assim como com as estratégias mais recentes e adequadas aos grupos/indivíduos alvo.

No que se refere ao objetivo específico de **identificar se os sujeitos do estudo se consideram educadores de saúde na sua prática profissional**, e após análise dos dados, verificou-se que 32 dos sujeitos se consideraram educadores de saúde na sua profissão, dos quais seis de nove médicos, nove de onze docentes, oito de dez AO e a totalidade dos enfermeiros (nove).

Nas respostas dos entrevistados, e reportando-nos aos sujeitos que se identificaram como educadores de saúde, pertencentes à categoria sim, na subcategoria mais referida - *associação às competências e desempenho profissionais* (22 UE) - podem ler-se associações entre aptidões profissionais relacionadas com o grupo profissional a que pertencem e o papel de educador de saúde no desempenho das suas funções. Nesta subcategoria não houve referências por parte de AO, o que poderá levar a crer que nenhum reconhece competências específicas associadas à sua profissão na área da EpS.

Este facto poderá também ser explicado pela inespecificidade do conteúdo funcional desta categoria profissional descrita no referencial teórico.

No contexto escolar, os professores aparecem como figuras em destaque no processo de educação agindo como referências para as crianças e jovens de cada escola e tendo um papel central como promotores de saúde (Mota, 2011).

Exemplificando respostas da subcategoria referida acima, faz sentido evidenciar as respostas de dois docentes de educação física que referiram o seguinte: “(...)faço precisamente esse tipo de abordagens nas minhas aulas relativamente à alimentação, aos estilos de vida saudáveis, às questões da sexualidade e tento abordar isso ao longo do ano de acordo com os escalões etários que vou lecionando” E2 e “(...) sendo eu professor de educação física, obviamente que sim(...) um dos deveres do profissional de educação física, é educar para a saúde.”E4

Estes resultados vão de encontro aos resultados de um estudo de abordagem qualitativa realizado por Nóbrega (2005) com uma amostra de 15 professores de educação física da Região Autónoma da Madeira, cujo objetivo foi identificar, descrever e analisar conceções, perceções, crenças e sentimentos destes acerca da promoção da saúde na perspetiva da qualidade de vida e saúde e do bem-estar, bem como na adoção de estilos de vida ativos e saudáveis. Neste estudo, a escola foi considerada pelos professores como uma instituição privilegiada de intervenção e de desenvolvimento de programas e de estratégias de promoção da saúde, ocupando a atividade física um lugar relevante nesta missão. Os professores de educação física consideraram a educação física importante e com um elevado potencial para contribuir para as metas de promoção da saúde. Na opinião dos professores, as principais contribuições da disciplina de educação física, no que respeita à promoção da saúde, referem-se à promoção do gosto pela prática da atividade física desportiva, à formação de alunos autónomos quanto ao exercício físico, à adoção de um estilo de vida ativo e saudável durante toda a vida e ao fomento da saúde e bem-estar. A prática regular de atividade física foi considerada um comportamento favorável à saúde, constituindo um elemento fundamental na construção de um estilo de vida ativo e saudável, em que a escola desempenha um papel de grande importância.

Camara et al. (2010) refere que a atividade física não deve ser praticada como um fim em si mesmo mas como meio para que as pessoas descubram os seus potenciais e limitações e possam desenvolver-se também noutras dimensões da vida. Dessa forma, se as práticas em Educação Física caminharem rumo a uma educação para a autonomia

a área poderá reconhecer o seu potencial educativo como uma das possibilidades de Educação para a Saúde. A sua atuação na área da saúde deve focar-se na construção de ambientes propícios para uma prática educacional que leve ao desenvolvimento da consciência crítica dos sujeitos de modo a formar seres humanos autónomos.

Outra das respostas a merecer algum destaque, foi a de uma docente de ciências, que referiu que “(...) *enquanto professora de ciências, considero-me uma educadora de saúde (...) abordamos muitas das questões que têm a ver com saúde.*”E6.

Esta resposta coaduna-se com as finalidades da disciplina de Ciências da Natureza, 2º ciclo, onde pode ler-se que deverá promover a integração na comunidade, no sentido da procura da qualidade de vida e da defesa do consumidor, assim como contribuir para uma tomada de consciência da responsabilidade individual a nível da saúde, como bem comum (Direção Geral dos Ensinos Básico e Secundário, 1991).

No que se refere à disciplina de Ciências Naturais do 3º ciclo esta deve focar nas suas temáticas a saúde individual e comunitária, nomeadamente, medidas de ação para a promoção da saúde, opções que interferem no equilíbrio do organismo (tabaco, álcool, higiene, droga, atividade física, alimentação) e ciência e tecnologia na resolução de problemas da saúde individual e comunitária (Departamento de Educação Básica, 2001).

Ainda na análise à categoria sim, na subcategoria *associação às competências e desempenho profissionais* e fazendo referência ao contexto dos cuidados de saúde primários (CSP) podem também destacar-se algumas respostas dos profissionais de saúde participantes no estudo.

Uma das enfermeiras referiu que se considerava educadora de saúde porque “(...) *faz parte das competências do enfermeiro educar, de modo a ir de encontro às ações que são previstas que os utentes tenham.*”E28.

Suportando teoricamente as respostas a analisar, pode referir-se, com base em Correia et al. (2001) que em CSP a enfermagem integra o processo de promoção da saúde e prevenção da doença, evidenciando-se as atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos de uma determinada comunidade. A enfermagem comunitária será então centrada em famílias, respeitando e encorajando os indivíduos e famílias a tomarem as suas decisões, de modo a assumirem as suas responsabilidades em matéria de saúde.

Como refere Nunes et al. (2012) os CSP, com os contributos de todos os seus profissionais (médicos de família, médicos de saúde pública, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, higienistas orais, técnicos de saúde ambiental, podologistas, entre outros), promovem a melhoria do estado de saúde dos indivíduos e potenciam o *empowerment* dos cidadãos, das famílias, da comunidade e das suas instituições.

Outra das respostas a destacar foi ainda na mesma subcategoria de *associação às competências e desempenho profissionais* foi a de um médico que referiu “*É uma das minhas competências, através da promoção da saúde nos cuidados primários.*”E35, associando o objetivo dos CSP às suas competências como educador.

Segundo a *European Academy of Teachers in General Practice* (EURACT) (2005) os médicos de família são médicos especialistas treinados nos princípios da sua disciplina, principalmente responsáveis pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que os procurem, reconhecendo ter uma responsabilidade profissional para com a sua comunidade. Exercem o seu papel profissional promovendo a saúde, prevenindo a doença e prestando cuidados curativos, de acompanhamento ou paliativos.

A EURACT (2005) define ainda algumas competências nucleares associadas ao exercício da medicina geral e familiar, assim como algumas características, fazendo sentido salientar a competência relacionada com a *gestão de cuidados primários*, que inclui as capacidades de “orientar a prestação de cuidados apropriados e efetivos e a utilização dos serviços de saúde” e “coordenar os cuidados com outros profissionais em cuidados primários e com outros especialistas” e *orientação comunitária* que inclui a capacidade de “conjugar as necessidades de saúde dos pacientes enquanto indivíduos com as necessidades de saúde da comunidade em que se inserem, em equilíbrio com os recursos disponíveis.”

Sousa et al. (2001) refere que esta especialidade aborda a pessoa enquadrada numa família e vivendo numa comunidade. O perfil profissional e técnico-científico do médico de família deverá ser definido de forma que ele possa ser o médico a quem a pessoa recorre em primeiro lugar, o médico de primeiro contacto quando alguém se sente doente ou quer cuidar da saúde.

Estas definições são concordantes com a referência às competências profissionais referidas pelo profissional entrevistado e com o que se encontra igualmente disposto no referencial teórico quanto à especialidade de medicina geral e

familiar, o que leva a crer que conhece as competências e características associadas à sua especialidade clínica e valoriza-as no contexto do seu exercício profissional.

Ainda dentro da categoria sim e voltando ao contexto escolar, torna-se também pertinente salientar a resposta de uma das docentes, pertencente à subcategoria *obrigatoriedade* por parte de uma professora de formação cívica: *“Tenho que ser. Até porque é obrigatório na disciplina de formação cívica(...) por obrigatoriedade, somos levados a ser também educadores para a saúde”*E8

Segundo o Ministério da Educação e Ciência (2011) o professor da disciplina de Formação Cívica deve atuar essencialmente como um dinamizador de recursos no acesso e na gestão do conhecimento e das parcerias, mais do que um detentor de todos os saberes indispensáveis a estas áreas da educação, favorecendo o desenvolvimento da curiosidade científica, o espírito crítico e o trabalho em equipa entre os alunos, bem como a ligação da escola ao meio envolvente.

O interesse dos docentes pelas áreas temáticas da Formação Cívica, bem como o conhecimento adequado do meio cultural, social e económico em que a escola se insere, são aspetos que devem também ser tidos em conta na definição do perfil do professor para a Formação Cívica (Ministério da Educação e Ciência, 2011). Este facto pode levar a acreditar que o interesse do docente poderá não ter sido tido em conta, visto que a sua resposta demonstrou o facto de se considerar educadora de saúde, mas porque foi obrigada a tal, não demonstrando aparente gosto ou entusiasmo na sua resposta acerca da temática da EpS.

No que se refere à subcategoria *contacto permanente com os alunos* (nove UE) esta foi maioritariamente referida por AO (oito UE), o que poderá querer dizer que este contacto permanente é o motivo para os AO se considerarem educadores de saúde no desempenho das suas funções, já que convivem de perto com os alunos e tentam responder, na medida do possível, às solicitações e questões por eles colocadas relativas à área da EpS bem como alertá-los para comportamentos pouco saudáveis, no sentido de promover a saúde.

Podem então ler-se algumas respostas que ilustram o referido: *“Se algum aluno me abordar a qualquer tipo de assunto em relação à saúde e que eu saiba responder, eu sou pessoa acessível para responder ao aluno.”*E13; *“(…) há certas coisas que conseguimos alertar as crianças para que não façam, porque lhes vai prejudicar a saúde”*E16; *“sim (...) trabalhamos com crianças e as crianças muitas vezes não vêm com isso de casa.”*E3)

Será importante referir que apesar de terem sido encontrados poucos estudos relativos ao papel dos AO na EpS escolar, este grupo profissional desempenha um papel primordial nesta área, como é referido no estudo de Mota (2011), que corrobora a influência deste grupo profissional na área da EpS na escola. Os discursos dos professores e profissionais de saúde incluídos no estudo desta autora, revelaram que para além dos interlocutores centrais da EpS – família, professores e profissionais de saúde – foram considerados igualmente importantes outros elementos pertencentes à comunidade descolar, nomeadamente os próprios alunos, pares e funcionários da escola.

Num estudo quantitativo realizado por Rocha (2005) junto de 160 auxiliares de ação educativa com o objetivo de compreender se a satisfação profissional destes é influenciada pelo clima de escola, os resultados obtidos revelaram um clima de satisfação com a profissão e a escola onde trabalham, tendo a função de ajudar os alunos a conviver de forma saudável um elevado grau de importância para os sujeitos do estudo. Dos inquiridos satisfeitos, existiram mais a afirmar que raramente a sua opinião, competência e produtividade eram tidas em consideração, do que aqueles que afirmaram que a sua opinião, competência e produtividade são sempre reconhecidas. De referir ainda que os auxiliares de ação educativa não valorizaram as suas funções do mesmo modo, privilegiando as funções do âmbito educativo, sendo que a função de ajudar os alunos a conviver de forma saudável teve um grau de importância superior às outras funções propostas.

Estes resultados coadunam-se com as respostas obtidas por este grupo profissional no presente estudo, visto que maioria dos AO se identificou como educador de saúde. As capacidades que levaram os sujeitos deste grupo profissional a considerar-se como educadores de saúde, poderão eventualmente ter surgido da prática diária do relacionamento com alunos e não propriamente de formação específica ou competências/funções associadas e reconhecidas à profissão.

No que se refere aos sujeitos cujas respostas correspondem à categoria não, dois deles (um AO e um médico) referiram a subcategoria *falta de tempo* para justificar esta não identificação como educadores de saúde. Uma das respostas, associada a uma AO, refere explicitamente o facto de ter muitas coisas com que se ocupar num curto espaço de tempo, o que não lhe dava espaço para focar a temática da EpS durante o exercício das suas funções (“*Não. Porque ando sempre a correr*”E19). Esta resposta é concordante com um dos resultados do estudo de Mota (2011) relativamente aos fatores que dificultam práticas de trabalho interdisciplinar e em equipa, onde foi perceptível que a falta

de tempo e de condições, quer a nível material, quer humano constituíram os maiores obstáculos à construção de atividades de EpS articuladas entre os profissionais de saúde e os professores.

No estudo de Carvalho & Carvalho (2006), no qual um dos objetivos foi identificar as dificuldades, carências e progressos sentidos pelos enfermeiros de cuidados de saúde primários nas suas práticas de EpS, foram encontradas achados semelhantes. Os dados foram recolhidos através de questionários e entrevistas, sendo que nos dados recolhidos por questionário, as carências mais referidas foram a “falta de recursos humanos” e “falta de tempo para planear as atividades de EpS, com 48% e 46,7% das respostas, respetivamente.

Apesar destes resultados se reportarem a grupos profissionais distintos dos que se encontraram na subcategoria *falta de tempo*, os resultados foram de alguma forma semelhantes, no sentido em que todos referiram o fator temporal como um fator de influência negativa quer para o planeamento das atividades de EpS, quer para a sua aplicação na prática.

Ainda na categoria não a *falta de competências ou conhecimentos específicos* foi outra das subcategorias identificadas, com três UE (dois docentes e um AO).

Será interessante referir que os dois docentes lecionam as mesmas disciplinas que os docentes exemplificados acima, na subcategoria *associação às competências e desempenho profissionais*, nomeadamente ciências da natureza e educação física, tendo ambos referido, respetivamente “*não tenho formação para ser educadora de saúde*”E17 e “*não tenho essa competência*”E20. Estas respostas antagónicas relativas a docentes das mesmas disciplinas podem eventualmente dever-se à identificação de características pessoais de educador para a saúde em detrimento das competências profissionais que possam deter no exercício da profissão.

De qualquer das formas, a falta de formação dos professores foi também apontada no estudo de Mota (2001) como um dos obstáculos à implementação de dinâmicas de EpS na escola, entre professores e profissionais de saúde. Neste estudo os professores referiram sentir-se pouco preparados para o desenvolvimento de algumas temáticas relacionadas com a EpS por falta de formação na área.

Pode ainda referir-se um estudo de Ramalho (2009) cujo objetivo foi avaliar as representações sociais de alunos, encarregados de educação e professores sobre uma experiência de educação para a saúde em contexto escolar. Relativamente à abordagem das questões relacionadas com a educação para a saúde na sala de aula, 64 professores

(76%) afirmaram abordá-las, enquanto 2% disseram claramente não abordar. Em relação às áreas prioritárias indicadas pelo Ministério da Educação, a prioridade foi para a alimentação e atividade física. Como 2ª prioridade apareceu a prevenção de substâncias psicoativas, como 3ª prioridade a violência e em 4ª prioridade a sexualidade.

Torna-se ainda pertinente abordar o facto de 32 sujeitos do estudo se considerarem educadores de saúde na sua profissão e somente 14 destes sujeitos que se identificaram como educadores de saúde referirem a prática de uma atividade física de forma regular.

A nível de grupos profissionais, será também interessante salientar o facto de todos os enfermeiros se considerarem educadores de saúde e somente um praticar uma atividade física de forma regular.

Com base nas respostas analisadas, parece que a prática de exercício físico, ou seja, a adoção de estilos de vida saudáveis em todas as suas vertentes não é comum ao facto da transmissão e promoção dos mesmos no contexto profissional dos participantes, o que poderá pôr em causa a sua credibilidade como educadores de saúde.

Relativamente a este assunto, Madureira, Fonseca & Maia (2003) baseando-se em Pate et al. (2005) referem que a prática de atividades físicas não pode ser negligenciada pelos profissionais de saúde. Estes devem ser fisicamente ativos não somente para beneficiar sua saúde, mas também para dispor de maior credibilidade em suas recomendações de um estilo de vida ativo.

Clarke (1991) refere ainda que existe pressão sobre os enfermeiros para manterem um determinado estilo de vida/imagem saudável com vista a manter um certo grau de credibilidade perante os utentes.

Analisando globalmente os resultados obtidos nesta questão pode concluir-se que aparentemente não houve diferenças significativas entre grupos profissionais, sendo que a maioria dos sujeitos, pertencentes a todos os grupos profissionais, se considerou educador de saúde no seu contexto profissional. Apesar dos estudos que suportam os resultados serem referentes habitualmente a um só grupo profissional, este não foi fator de discrepância, já que os resultados obtidos acabaram por ser bastante semelhantes aos resultados de estudos anteriores, apesar da presença de quatro grupos profissionais distintos.

Será interessante também referir que na questão anterior relativa à definição de educador de saúde foi sentida alguma dificuldade na construção de algumas respostas, ao passo que nesta questão, não foi sentida a mesma dificuldade por parte dos entrevistados.

No que se refere a considerarem-se educadores de saúde, os entrevistados não tiveram dificuldades em encaixar-se na definição proposta por eles mesmos, o que demonstra uma eventual facilidade de visualização prática dos conceitos que tiveram alguma dificuldade em colocar por palavras.

Relativamente à questão que pretendia conhecer a **necessidade de formação específica na área da EpS**, 31 sujeitos da amostra referiram sentir necessidade de formação específica na área da EpS, na categoria sim. Esta necessidade foi transversal a todos os grupos profissionais entrevistados – médicos, enfermeiros, AO e professores. Nesta categoria, foram identificadas quatro subcategorias: *ações de formação*, *formação de base*, *formação contínua e atualização de conhecimentos* e *abrangente na área da EpS*. A subcategoria *ações de formação*, com sete UE, foi referida por seis AO e um professor. Este achado pode dever-se ao facto das ações de formação corresponderem ao tipo de formação com que os AO estão mais familiarizados, visto que não têm associados nenhum curso superior ou treino específico prévio para ingressar na profissão, tendo somente que possuir a escolaridade mínima obrigatória.

De referir o estudo realizado por Gonçalves (2010) referente às competências e desafios colocados ao assistente operacional enquanto profissional implicado na gestão escolar, com uma amostra de 30 AO, no qual a insatisfação relativo ao acesso a ações de formação, vem confirmar a opinião dos profissionais, de que foram sempre escassas as oportunidades formativas a que tiveram acesso e quando lhe foram disponibilizadas nem sempre eram as adequadas às suas reais necessidades.

No estudo de Rocha (2005) cujo objetivo, como já referido anteriormente, foi compreender se a satisfação profissional dos auxiliares de ação educativa seria influenciada pelo clima de escola, a insatisfação profissional destes esteve relacionada com dois fatores: o ordenado e a falta de acesso a ações de formação.

Estes resultados são concordantes com as respostas obtidas no presente estudo relativamente à lacuna de formação específica afirmada por estes profissionais, nomeadamente no que se refere a ações de formação na área da EpS, que consideraram ser insuficientes ou desadequadas às suas necessidades.

Ainda na categoria sim, subcategoria *formação de base* (duas UE) referida por um docente e um enfermeiro, podem ler-se referências à necessidade de uma unidade curricular mais direccionada para a EpS no decorrer das licenciaturas destes grupos profissionais: “*no curso de base devia haver uma cadeira direccionada*” E9; “*é uma área*

que poderia ser mais aprofundada na formação geral, enquanto curso de enfermagem”E38.

No estudo de Nóbrega (2005) com professores de educação física cujo objetivo foi identificar representações dos professores de educação física da região autónoma da Madeira acerca de promoção da saúde, a formação inicial foi considerada na maioria dos casos insuficiente, ocupando a promoção da saúde e a EpS, na opinião dos professores, um lugar periférico em relação a outras matérias, seja por razões ligadas à longevidade da formação ou à organização curricular do respetivo curso. Assim, a maioria dos professores considerou a sua formação inicial insuficiente, com lacunas no âmbito da EpS e promoção da saúde, considerando igualmente a existência de carências no que concerne à oferta de formação contínua nestas áreas. Estes resultados vão de encontro à subcategoria analisada, na qual as lacunas na formação inicial foram evidenciadas. Pode ainda referir-se que estas falhas na formação inicial puderam associar-se a formações distintas, mas complementares da área da EpS – docência e enfermagem.

Ainda na categoria sim, as subcategorias *formação contínua e atualização de conhecimentos* e *abrangente na área da EpS* foram transversais a todos os grupos profissionais, à exceção dos AO na primeira, havendo referência à falta de formação na área da EpS de uma forma global e à necessidade de formação contínua para atualização de conhecimentos já existentes.

Alguns dos entrevistados referiram: *“Sim, eu acho que nós temos de ir sempre à procura desses conhecimentos novos (...) não temos um conhecimento específico e precisamos de formação.”E2*; *“ (...)há necessidade de educação específica (...) O educador para a saúde tem que estar sempre a aprender para estar sempre a educar.”E32*; *“(...) era importante que houvesse, para já um projeto mais consistente em termos de educação para a saúde, depois que houvesse de facto formação”E18.*

Neste contexto e relacionando estes resultados com os resultados do estudo de Carvalho e Carvalho (2006) relativo à perceção dos enfermeiros da Sub-Região de Saúde de Vila Real (com uma amostra de 211 profissionais) quanto às necessidades de formação específica em EpS, 90,8% referiu sentir necessidades de formação nesta área.

Pode ainda referir-se outro estudo Roecker & Marcon (2011) com uma amostra de 20 enfermeiros, de abordagem qualitativa, que teve como objetivo identificar o significado da educação em saúde para os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, no Brasil, e as ações educativas individuais e coletivas por eles desenvolvidas. As

autoras concluíram que havia a necessidade de se desenvolverem meios que estabelecessem programas de capacitação destes profissionais de forma contínua durante todo o período de atuação destes profissionais, propiciando assim o pleno desenvolvimento da educação em saúde e consequentemente a promoção da saúde dos indivíduos e comunidade.

Neste seguimento, Ramalho (2009) procurou saber no seu estudo se os professores estudados gostariam de ter formação na área da EpS e em que áreas. De acordo com as respostas obtidas 55 professores (65%) referiram estar interessados em ter formação, enquanto 24 (29%) afirmaram o contrário. Relativamente às temáticas a abordar, os professores interessados em fazer formação destacaram as substâncias psicoativas (50%) e a sexualidade (41%) como prioridades, sendo a violência referida em último lugar com 9% das respostas.

Por outro lado e por oposição aos resultados analisados anteriormente, dois professores do presente estudo não consideraram haver falta de formação específica na área da EpS, enquadrando-se as suas respostas na categoria não, subcategoria *boa preparação no curso de base*. Nesta categoria as respostas fizeram menção específica à boa preparação dada na formação inicial de professores, contrastando com as respostas analisadas anteriormente referindo o oposto, mencionadas por um professor e um enfermeiro, defendendo a necessidade de mais investimento na área da formação de EpS na formação inicial. Este facto pode dever-se à perceção destes profissionais relativamente aos profissionais com quem lidam diariamente e o reconhecimento de conhecimentos específicos de EpS nos mesmos, razão pela qual foi possível generalizarem a boa preparação da formação inicial. Por outro lado estes sujeitos poderão estar eventualmente ligados à formação inicial de professores, pelo que ao referirem deficiências desta na área da EpS poderia significar apontar falhas ao seu próprio desempenho enquanto formadores.

Ainda na mesma categoria (não), na subcategoria *investimento na formação contínua*, referida por dois enfermeiros, pode ler-se “(...)nós é que temos que procurar”E30 e “(...)tenho algumas ferramentas que adquiri na área da formação(...)tenho algum à vontade na formação.”E39. É visível a responsabilização de cada um relativamente à procura de formação específica na área da EpS, na opinião destes sujeitos.

Por oposição a estas respostas, torna-se interessante referir um dos resultados do estudo de Carvalho & Carvalho (2006) relativo à perceção de enfermeiros quanto às

necessidades de formação específica em EpS. No que se refere à formação contínua frequentada pelos enfermeiros da amostra estudada, o intervalo temporal mais assinalado foi o de 13 a 50 horas/ano, havendo 21,7% da amostra que revelou não ter feito formação contínua nos últimos cinco anos.

A velocidade das mudanças, a globalização e o avanço tecnológico, transformam continuamente o ambiente de trabalho e a atualização profissional tornou-se algo muito valorizado. O estudo e a formação deixaram de ser meramente mais uma etapa da vida mas um processo contínuo ao longo da vida.

Feuerwerker (2003) refere que tendo em conta a velocidade da produção de conhecimentos novos, é fundamental que os profissionais de saúde sejam capazes de aprender continuamente necessitando para isso de aprender a aprender, para além da responsabilidade e compromisso com a educação e o treino dos futuros profissionais.

Neste contexto, pode referir-se o conceito de aprendizagem ao longo da vida, que pode ser definido como *“toda a actividade de aprendizagem em qualquer momento da vida, com o objectivo de melhorar os conhecimentos, as aptidões e competências, no quadro de uma perspectiva pessoal, cívica, social e/ou relacionada com o emprego”* (Sitoe, 2006 com base em Neves, 2005). Este conceito é claramente sobreponível ao conceito de formação contínua na área da EpS, visto que esta permitiria uma melhoria das competências e conhecimentos nesta área, já que foi indicada como necessária e alvo pouco frequente de qualquer tipo de formação por parte da maior parte dos sujeitos dos estudos referidos.

Assim, os resultados obtidos poderão ser demonstrativos da discrepância entre a teoria e a prática, já que ao mesmo tempo que num estudo há referências à necessidade da busca do conhecimento no sentido da obtenção do conhecimento mais recente e adequado às necessidades do contexto profissional de cada um, existem também dados de um outro estudo que comprovam o grau de estagnação de alguns profissionais quanto à atualização de conhecimentos.

Ainda assim, os resultados da resposta à questão relativa à necessidade de formação específica na área da EpS, são concordantes com os estudos realizados na mesma área, independentemente dos grupos profissionais sobre os quais incidiram os mesmos.

Passando à análise do objetivo específico de **nomear as principais competências e características de um educador de saúde na opinião dos profissionais de saúde, docentes e AO**, foi colocada esta mesma questão aos sujeitos

pertencentes à amostra do estudo, sendo seguidamente salientados os resultados mais significativos. Após a análise dos dados foram identificadas duas categorias: características e competências pessoais (25 UE) e características e competências profissionais (53 UE). Ambas as categorias foram transversais a todos os grupos profissionais da amostra.

Da categoria características e competências pessoais, fizeram parte seis subcategorias: *capacidade relacional/empatia* (16 UE), *simpatia* (três UE), *dinamismo/espírito de iniciativa* (duas UE), *humildade* (duas UE), *pessoa de confiança* (uma UE) e *honestidade* (uma UE). Da categoria características e competências profissionais, torna-se pertinente destacar as subcategorias *conhecimentos científicos* (20 UE) e *capacidades pedagógicas para transmissão dos conhecimentos* (14 UE) ambos transversais a todos os grupos profissionais, *conhecedor do público-alvo e suas necessidades* (nove UE), referida exclusivamente por enfermeiros e professores e *avaliação das intervenções realizadas* (uma UE) referida por um enfermeiro.

A categoria referente às características e competências profissionais reuniu mais UE que a categoria referente às características e competências pessoais, o que pode levar a crer que os entrevistados privilegiam maioritariamente esta vertente profissional do educador de saúde em detrimento da pessoal.

A subcategoria *capacidade relacional/empatia*, foi a mais significativa a nível de número de UE, tendo sido referida por todos os grupos profissionais da amostra. Podem ler-se como exemplos desta subcategoria: “*Uma pessoa que crie empatia com o outro*” E6, E7, E30, E36, E39, referida por dois professores, dois enfermeiros e um médico; “*(...)estabelecer aquela relação de confiança*”E23, E35, referida por um médico e um enfermeiro e “*(...) tem que haver também a parte humana (...) tem que se aceitar a diferença*”E24, referida por um médico. Todas as subcategorias referidas acima contribuiriam hipoteticamente para a construção de uma personalidade ideal presente num educador de saúde.

Com base nas respostas e respetivas subcategorias encontradas, pode referir-se que a EpS transmite conhecimentos, sendo a construção do conhecimento por parte do indivíduo baseada na afetividade, ou seja, vai depender das emoções que se estabelecerem entre as pessoas. Por este motivo é extremamente importante para o sucesso de qualquer programa educativo a relação que se estabelece entre os educandos e o educador (Carvalho & Carvalho, 2006).

Clarke (1991) relativamente à profissão de enfermagem e ao seu papel como educador de saúde e modelo de referência refere que o estabelecimento de relações com os utentes baseadas no respeito mútuo, genuinidade e empatia parece ser o método mais eficaz para ajudar as pessoas a fazer escolhas saudáveis e pertinentes para a sua própria vida, numa relação de igual para igual entre enfermeiro e utente.

As referências desta autora corroboram o que foi descrito acima, bem como referências presentes na subcategoria *honestidade*, referida por um enfermeiro que disse que “(...)temos que lhes dar provas e eu acho que aqui passa muito da honestidade.”E23 e subcategoria *simpatia*, mencionada por dois AO e um enfermeiro: “Deve ser uma pessoa simpática” E1,E13,E28. As referências descritas que mencionam estas características num educador de saúde poderão ter sido mencionadas porque os sujeitos se reconheceram nelas no seu papel de educador ou porque são características que apreciam em alguém a quem recorreriam numa situação relacionada com a EpS.

Ainda relativamente à enfermagem, Bernardino et al. (2009) com base em Lash (1990) refere que os enfermeiros necessitam de diferentes tipos de competências para um efetivo desempenho do papel de agentes de EpS, destacando-se as seguintes:

- escutar ativamente os indivíduos e identificar as suas convicções acerca da saúde;
- criar uma relação de ajuda;
- criar interesse e entusiasmo pelo bem-estar dos utentes;
- participar com os indivíduos no processo de tomada de decisões;
- ajudar a clarificar as escolhas à disposição dos utentes;
- desenvolver as suas próprias capacidades de comunicação e aconselhamento;
- conferir autoridade quer a si próprios, quer aos utentes;
- conseguir que os utentes respondam e se adaptem aos desafios e obstáculos que encontrem.

É portanto claramente visível a semelhança entre as competências descritas e as características e competências associadas aos educadores de saúde, por parte dos sujeitos do estudo. Apesar de serem competências atribuídas à enfermagem e sendo esta uma profissão privilegiada na área da EpS torna-se interessante que todos os grupos profissionais tenham referido estas competências, ainda que pudessem não ter conhecimento prévio dos mesmos por não fazerem parte do grupo profissional da enfermagem. Ainda assim, pode dizer-se que estas competências ajustam-se aquelas que um educador de saúde deverá, também à luz do referencial teórico, reforçando o papel

de destaque da enfermagem nesta área e de reconhecimento como tal por parte de outros profissionais.

Macleod Clark (1993) referido por Clark and Maben (1998) sugere que a promoção da saúde em enfermagem deve ser uma abordagem no âmbito do *cuidar* em vez de ser somente um conjunto de atividades pré-definidas, referindo o conceito de “enfermagem de saúde”, sendo esta *o processo de promoção da saúde através dos cuidados de enfermagem*. Assim, qualquer encontro entre enfermeiro e utente tem o potencial de ser uma oportunidade para a promoção da saúde, sendo crucial utilizar sempre uma comunicação eficaz e focada no utente e escutá-lo ativamente.

As *capacidades pedagógicas para transmissão dos conhecimentos* foram mencionadas como necessárias à transmissão de conceitos e realização de ensinamentos por parte dos educadores de saúde em relação ao público-alvo. Foi evidenciada a necessidade de ajustar a mensagem ao destinatário no âmbito da relação educador-educando de modo a que a mesma fosse entendida, como se pode ler no testemunho de um médico: “*Nós temos de falar de forma tal, que o doente(...) consiga entender o que nós estamos a falar,(...) tentar falar na língua do doente*”E26. São também representativas desta subcategoria as respostas: “*(...)competências na comunicação(...)*”E32 e “*(...)tem que ter a parte toda pedagógica(...)*” E10,E17, E25

Corroborando o que foi descrito acima, Feuerwerker (2003) refere que os profissionais de saúde deverão ter algumas competências associadas ao seu desempenho profissional, nomeadamente no campo da comunicação já que deverão ser acessíveis e recetivos na interação com os utentes e a comunidade; manter a confidencialidade das informações; competências para comunicação verbal, não-verbal, escrita e leitura. A responsabilidade, empatia, capacidade de trabalho em equipa foram também consideradas características indispensáveis aos profissionais de saúde pela autora.

Mas uma vez, e ainda que a autora não se referisse especificamente às características e competências de um educador de saúde, os profissionais de saúde têm um papel privilegiado nesta área, sendo difícil fazer uma divisão clara de competências e características entre grupos profissionais que exercem este papel e que serão as mesmas para qualquer grupo profissional que exerça a EpS.

Bonito (2009) refere que a comunicação depende , em parte, do educador, da sua credibilidade e competência, atracção e semelhança, poder e autoridade. A identificação do educando como modelo que projeta o educador advém do respeito e confiança que o educando nutre pelo educador (com base em Hoy e Smith, 2007 e Jiménez, 2005).

Luquis & Pérez (2005) realizaram um estudo com 450 educadores de saúde pertencentes à *American Association for Health Education*, cujo objectivo foi avaliar os níveis de competência cultural entre estes profissionais. De uma forma geral, os resultados do estudo demonstraram que a maioria dos participantes exerciam as suas funções a um nível de sensibilidade cultural, enquanto um terço dos participantes estavam a um nível de competência cultural. Os resultados também mostraram que quantos mais graus académicos os educadores possuíam na área da EpS, maior a competência cultural com que atuavam. Este resultado podia implicar que os programas de preparação profissional de EpS forneciam aos seus alunos mais oportunidades de aquisição de conhecimentos e competências necessárias para lidar adequadamente com grupos étnica ou racialmente diversificados.

Este estudo vem suportar a subcategoria *conhecedor do público-alvo e das suas necessidades*, segundo a qual o educador de saúde deverá ter capacidade de realizar o diagnóstico de situação e adaptar-se às necessidades identificadas no seu contexto profissional, tal como se pode ler: “ *conhecer as particularidades das faixas etárias*”E4; “*adaptar os nossos ensinamentos à realidade da pessoa*”E28, E29, referidos respetivamente por um professor e dois enfermeiros. Esta subcategoria foi exclusivamente apontada por professores e enfermeiros porque nos seus contextos profissionais estes profissionais têm que adaptar as suas estratégias e conteúdos ao público-alvo de modo a que os conhecimentos sejam apreendidos pelos recetores. Este resultado é coerente com a auto identificação destes profissionais como educadores de saúde e com os seus papéis funcionais no quotidiano profissional.

Neste contexto, o educador para a saúde deverá estar preparado para utilizar diferentes métodos educativos, sendo visto como um perito em educação individual, de grupo ou de uma comunidade, sabendo que métodos, técnicas e meios educacionais se poderão usar com maior eficácia em relação ao público-alvo.

A necessidade de *conhecimentos científicos* foi também uma das subcategorias mais referidas (e transversal a todos os grupos profissionais) associando esta característica ao educador de saúde:“(...)conhecimento dos conteúdos e dos temas(...)”E2, E8, E10,E17, E28, E24,E32, E38; “(...)alguém que tenha conhecimento(...) psicologia, a biologia, com a alimentação, nutrição, com a atividade física.”E20

Neste âmbito, Machorro e Moreno (2008) relativamente às competências e características profissionais da educação do médico referem que o utente espera deste

profissional: disponibilidade, rapidez de atendimento, aparência cuidada (pessoal e do ambiente que o rodeia), minuciosidade na anamnese e exame físico, respeito, simpatia (o utente aprecia uma saudação afetuosa, incluindo por exemplo um aperto de mão), interesse, integridade (o médico deverá ser e parecer honesto perante o utente), profissionalismo e eficiência. Há mesmo alguns autores que chamam “hora da verdade” à altura em que o médico faz a sua prescrição na receita médica, durante a qual se vacilar transmitirá insegurança e falta de confiança.

A *avaliação das intervenções realizadas* foi referida por um enfermeiro (“(...)deverá ter obviamente depois uma agenda, uma grelha para ter sempre uma avaliação das formações e dos contactos que vai realizando(...)”E38) e está claramente contemplada no documento do *American Journal of Health Studies* (AJHS) relativo às responsabilidades e competências associadas à profissão educador de saúde, como aparece, aliás descrito no referencial teórico. Neste contexto, associadas à responsabilidade IV de um educador de saúde – Avaliação da Eficácia de Programas de Educação para a Saúde – estão um conjunto de competências e sub-competências (AJHS, n.d.), sendo pertinente salientar a competência C: *interpretar os resultados da avaliação dos programas*. Como sub-competências associadas fará sentido evidenciar a aplicação de critérios de eficácia aos resultados obtidos de um programa; traduzir os resultados da avaliação em termos facilmente compreendidos por outros; relatar a eficácia dos programas educacionais relativamente aos objetivos propostos. Todas as sub-competências referidas vêm suportar teoricamente a subcategoria analisada.

Torna-se também pertinente fazer referência à subcategoria *atualizado/atento ao mundo que o rodeia*, já que segundo George (2010), os educadores de saúde necessitam de desenvolver competências de análise crítica das necessidades atuais e futuras de educação de saúde, tal como é referido numa das respostas: “(...)ser uma pessoa de janelas abertas para poder ir percebendo o que se passa(...)no contexto em que está, mas também para além disso(...)que se passa na comunicação social, o que é a inovação”E18. O mesmo autor refere ainda que grandes mudanças no sistema de saúde, assim como os avanços tecnológicos no campo da saúde, são motivos para os educadores de saúde modificarem os conceitos de educação para além da sala de aula, incorporando inovações, como a aprendizagem on-line de modo a promover a facilidade de acessos e participação através da Internet.

A corroborar os resultados encontrados e para além do que foi descrito no referencial teórico e que vai de encontro ao referido por Dempsey et al. (2011a e 2011b)

e Barry et al. (2009), Loureiro (2009), tendo por base um estudo australiano, realizado por Shilton, Howat, James & Lower (2003) relativamente à identificação de competências essenciais para a promoção da saúde por parte de quem executa esta função no país em questão, faz referência à organização das competências em promoção da saúde em torno nas seguintes áreas:

1. levantamento de necessidades
2. planeamento
3. implementação
4. comunicação
5. conhecimento
6. organização e gestão
7. avaliação e investigação
8. utilização da tecnologia

Ainda com base em Loureiro (2009) é relevante referir resultados dos trabalhos realizados a nível europeu por Meresman et al. (2004) na área da promoção da saúde onde é dada particular importância às competências que assegurem:

- um trabalho analítico, crítico e mobilizador, particularmente no que se refere às questões da equidade, da diversidade social e cultural e políticas aos diferentes níveis;
- o domínio do conhecimento e gestão organizacional, tendo como valores subjacentes o *empowerment* e a democracia;
- o domínio dos métodos e instrumentos da investigação social bem como da epidemiologia.

Pode ainda ser referido um estudo de Davidson (2008) que teve como objetivo determinar as necessidades de formação sentidas por educadores de saúde a desempenhar funções em contextos universitários, relacionadas com as competências e responsabilidades inerentes à profissão descritas pelo *National Commission for Health Education Credentialing* (NCHEC). A amostra foi constituída por 141 participantes que responderam a um questionário online, no qual classificaram as necessidades de formação e relevância profissional das competências preconizadas pelo NCHEC assim como formatos de formação preferenciais.

Relativamente às competências onde identificaram mais necessidades de treino adicional foram elas: a criação de instrumentos de recolha de dados, assegurar recursos monetários, interpretação de resultados de avaliação e pesquisa, implementação e

desenvolvimento de planos de avaliação e pesquisa. Foram ainda identificadas as seguintes competências como sendo as mais relevantes para o desempenho das suas funções: demonstrar uma variedade de competências de desenvolvimento de estratégias, intervenções e programas; utilizar métodos variados para implementar estratégias, intervenções e programas; iniciar planos de ação; utilizar recursos relacionados com informações de saúde. Os métodos preferidos de obtenção adicional de formação foram assistir à reunião anual da *American College Health Association* e complementar no domicílio com materiais de pesquisa autónoma.

Nenhuma das competências referidas como importantes para a prática profissional neste estudo foram referidas pelos entrevistados de forma explícita, o que poderá ter sido originado por este estudo ter sido dirigido especificamente para educadores de saúde, uma realidade com a qual os entrevistados não estavam familiarizados e por consequência não teriam conhecimento das competências específicas descritas por organizações que regulamentam as competências inerentes à profissão, que foram no fundo, o cerne do estudo referido.

Será por fim interessante fazer referência à subcategoria *modelo de referência*, já que todos os indivíduos que referiram esta característica (dois AO e um professor de educação física) são praticantes de uma atividade física regular e considerarem-se educadores de saúde na sua profissão. Como referiu um AO: “*dar os bons exemplos. Para que as pessoas façam, ele também tem que agir de tal forma*”E3.

Estes fatores são coerentes com o referido acima por Madureira, Fonseca & Maia (2003) relativamente à credibilidade dos enfermeiros que praticam uma atividade física e tentam incentivar estilos de vida saudáveis. Assim, pode dizer-se que estes sujeitos ao praticarem uma atividade física regular e ao considerarem-se simultaneamente educadores de saúde na sua profissão, tornam-se efetivamente exemplos do que tentam transmitir aos alunos.

De uma forma geral, as áreas de competência mencionadas por alguns autores ao longo desta análise foram referidas pelos entrevistados, pelo que os resultados vão de encontro ao referencial teórico e a estudos realizados previamente relativos a competências para a promoção da saúde, bem como de competências específicas de profissões ligadas à área da saúde. Estes achados coerentes com a literatura e estudos na área da EpS podem dever-se ao facto de a grande maioria da amostra se considerar educador de saúde na sua profissão e por esse motivo incorporar algumas das competências descritas. Por outro lado, e já que 29 dos 39 sujeitos da amostra possuem

o grau académico de licenciatura ou superior, seria possível que já tivessem tido contacto prévio com este tipo de conceitos durante a sua formação.

Apesar de alguns dos estudos descritos se reportarem a profissões da área da saúde este fator não foi um entrave à comparação dos resultados, já que as competências reconhecidas aos profissionais de saúde como educadores de saúde foram semelhantes aquelas que foram reconhecidas pelos entrevistados, sendo que a questão colocada abordou somente o conceito de educador de saúde, sem fazer menção a nenhuma outra profissão. Este facto pode dever-se à palavra “saúde” que é comum à denominação de profissionais de saúde e educador de saúde e que poderá associar um ao outro, não esquecendo que uma das categorias encontradas aquando da definição de educador de saúde foi precisamente profissional de saúde. Pode portanto dizer-se que acaba por ser difícil dissociar ambos, até mesmo a nível de pesquisas relacionados com os educadores de saúde, visto que acabam por ser um reflexo do educador, principalmente em países que a profissão de educador de saúde não existe.

Pode ainda referir-se que nos documentos do AJHS (n.d.) e das NCHEC, SOPHE e AAHE (2010) que regulam as responsabilidades e competências do educador de saúde e do especialista em educação para a saúde, as competências ou características relacionais ou de empatia não são descritas de forma muito explícita, encontrando-se algumas referências de forma subtil por entre as sub-competências. Nestes documentos são enfatizadas as competências profissionais relacionadas com a EpS, o que poderá ser coerente com os resultados encontrados, visto que a categoria relativa às competências profissionais (53 UE) teve quase o dobro das referências da categoria relativa às competências e características pessoais (25 UE). Poderá então dizer-se que após a análise de resultados o educador de saúde deverá, na opinião dos entrevistados, possuir competências técnicas e teóricas para o desempenho das suas funções, sendo a sua componente pessoal importante mas não determinante para o sucesso das mesmas.

Passando à análise dos resultados encontrados na questão relativa às **funções de um educador de saúde**, correspondendo esta a um dos objetivos específicos, pode antes de mais salientar-se que as respostas abarcaram conceitos semelhantes aos referidos aquando da definição de educador de saúde, na segunda questão analisada. Não é de estranhar que as respostas à questão se fundam um pouco com as respostas relativas à definição de educador de saúde e de educar para a saúde, visto que geralmente uma profissão se define pelas suas funções, ou seja, pelo seu conteúdo funcional. As funções misturam-se ainda um pouco com as competências anteriormente

descritas na literatura e nas respostas dos sujeitos do estudo, facto que dificulta um pouco a análise das respostas a esta questão de forma isolada das anteriores.

A categoria educação relacionada com a promoção, estilos de vida saudáveis e promoção da doença reuniu 24 UE na totalidade das suas seis subcategorias: *intervenção na comunidade escolar, promoção de hábitos de vida saudáveis, esclarecimento e aconselhamento em assuntos relacionados com a saúde, intervenção na mudança de comportamentos, prevenção da doença e intervenção na comunidade*, sendo transversal a todos os grupos profissionais da amostra.

Esta categoria prendeu-se com uma descrição mais generalista do trabalho de um educador de saúde, em vez de funções propriamente ditas. Valerá a pena destacar a subcategoria *intervenção na comunidade escolar* (cinco UE) referida exclusivamente por docentes e AO, cuja atividade profissional se desenvolve na escola, motivo pelo qual esta subcategoria foi encontrada nas respostas destes profissionais, visto que se reportaram à sua realidade quotidiana. Na opinião destes sujeitos, as funções de um educador de saúde deveriam incluir a intervenção na comunidade escolar, focando ensinamentos para temáticas e conteúdos específicos para os alunos e seus níveis de desenvolvimento biológico e mental, como se pode ler na resposta de um professor: “(...)no 1º ciclo passa-se calhar muito mais pela higiene, pela alimentação, pelo cultivar a atividade física, pela brincadeira(...) nos 14-15 anos, passa por outras questões.”E4. Uma outra resposta de um AO referiu também a necessidade de ensinamentos para toda a comunidade escolar e não em exclusividade para os alunos: “(...) dizer-nos o que é melhor para nós(...)rotação dos alimentos(...) tabagismo(...) drogas.”E12.

Neste contexto, corroborando as respostas encontradas e tal como refere a literatura, os educadores de saúde nas escolas criam programas e materiais didáticos sobre temas que afetam os jovens, tais como o consumo de tabaco e álcool, podendo também capacitar os alunos para serem educadores de pares e liderarem projetos de educação para a saúde de forma autónoma na sua escola (Bureau of Labor Statistics, 2012).

Esta descrição pode ainda interligar-se à categoria criação de espaço e condições para transmissão de temas relacionados com a saúde, na qual foi referido pelos entrevistados que o educador de saúde deveria ter como função a constituição de um espaço físico para transmissão de conhecimentos, nomeadamente acerca de temas específicos relacionados com a saúde ou dúvidas que possam surgir no contexto onde o educador estaria inserido, nomeadamente numa escola, como se pode ler na resposta de

um dos docentes: “(...)daquilo com que se depara, ou daquilo que é chamado à atenção (...)ou estar num espaço de livre atendimento disponível para aquilo que for(...)capaz de fazer os encaminhamentos necessários aquilo que não se saiba responder”E7 ou nos cuidados de saúde primários, como foi referido por uma enfermeira: “(...)deveria ter um lugar para esse educador(...) Trabalhando temáticas durante o ano também poderia ser algo interessante, o dia mundial do HIV(...)”E31.

No estudo de Carvalho & Carvalho (2006), no que se referiu à carências sentidas nas atividades de EpS por parte dos enfermeiros da amostra, a falta de espaço físico para a realização da mesma foi uma das lacunas apontadas pelos mesmos como entrave ao correto desempenho da mesma, o que é coerente com a necessidade expressada pelos entrevistados no presente estudo relativamente à presença do educador de saúde num espaço físico próprio onde pudesse desempenhar as suas funções.

As ações de formação foi outra das categorias que emergiu da análise das respostas, na qual é possível ler respostas de um docente: “(...)algo mais institucionalizado de promoção de sessões regulares”E7, um AO: “Esclarecer vários temas, fazer ações de formação em relação a pessoas adultas e todas as crianças”E13 e um médico: “(...)ao nível de cuidados primários, ao nível municipal, com câmaras. (...) Ações de formação para profissionais e para utentes”E36.

Estas afirmações pertencentes às categorias referidas são corroboradas em parte por Gomes (2009) com base em Gavídea e Rodes (1996), quando refere que uma das formas de implementar a EpS na escola inclui atividades extracurriculares realizadas sobre determinados problemas de saúde como por exemplo as conferências realizadas por técnicos de saúde e outras pessoas alheias à escola, o visionamento de vídeos, visitas a centros produtores de alimentos e a celebração de datas.

Assim como referem Carvalho e Carvalho (2006) com base em Clark (1996) a seleção das estratégias de ensino dependem das características dos participantes e educador, do tipo de tarefas de aprendizagem, dos conteúdos envolvidos e da disponibilidade dos recursos necessários à implementação das mesmas. As estratégias de ensino/aprendizagem selecionadas deverão adequar-se à idade, nível de desenvolvimento e nível educacional da audiência, devendo ser escolhidas aquelas que mantenham o interesse do educando e se adequem aos conteúdos a apresentar.

Neste sentido, as intervenções educativas em saúde apresentam-se como estratégias eficazes que, tendo em conta o contexto cultural em que os adolescentes estão inseridos, podem estimular o debate em torno de assuntos de interesse para os

adolescentes e contribuir efetivamente para acrescentar, aperfeiçoar e transformar os conhecimentos, atitudes e habilidades relacionadas com a adesão a comportamentos de vida saudáveis.

Como refere Teixeira (2007) no contexto escolar, os educadores de saúde terão que usar métodos de ensino para atrair o público-alvo, podendo, por exemplo exibir filmes populares e posteriormente discutir os problemas de saúde abordados nos mesmos. Poderão ainda proporcionar cursos relacionados com temas de saúde ou dar palestras. Comparativamente aos educadores de saúde noutros contextos que não o escolar, passam mais tempo numa sala de aula que no escritório, já que muitas vezes são eles os responsáveis por aulas relacionadas com a saúde, desenvolvendo planos de aula para o ensino de temas que são relevantes e adequados à idade dos seus alunos.

No que se refere a outras subcategorias a serem salientadas na categoria educação relacionada com a promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção da doença já mencionada anteriormente, podem referir-se a *promoção de hábitos de vida saudáveis* (cinco UE) referida exclusivamente por profissionais de saúde e *esclarecimento e aconselhamento em assuntos relacionados com a saúde* (oito UE) comum a todos os grupos profissionais à exceção dos enfermeiros e *intervenção na mudança de comportamentos* (quatro UE), referida por três enfermeiros e um AO.

Como exemplos de respostas incluídas nestas subcategorias podem ser evidenciadas as seguintes respostas: “(...)levar a pessoa a ter hábitos saudáveis(...) não prejudiquem a sua própria saúde, a sua própria vida, o seu próprio percurso de vida(...)para a existência dos outros”E32 referida por um médico e “(...)incutir (...) capacidades aos utentes para cuidarem de si próprios ou para adquirirem hábitos de vida saudáveis.”E28, como foi referido por uma enfermeira.

Como refere Araújo (2004) os meios pedagógicos auxiliares deverão ter que ser adaptados ao contexto do plano de ensino, sendo recursos fundamentais ao trabalho do educador para potenciar a relação pedagógica entre ele e os participantes no sentido de garantir a aprendizagem. Sabe-se que a aprendizagem visual é superior à aprendizagem verbal no que se refere ao reconhecimento e recordação. Por isso são importantes o recurso à fotografia, o uso de gravuras, vídeos, projeção de transparências e programas informáticos com recurso à interatividade e jogos. Recorrer a material impresso com linguagem adequada de acordo com o nível de literacia do público-alvo pode ser outro meio, sendo o mais utilizado na educação para a saúde.

Araújo (2004) com base em Redman (2003) refere que a maioria das pessoas que sabem ler bem preferem obter a informação através da leitura, a qual é ideal para a compreensão de conceitos e relações complexas. De todos os meios e métodos existentes, torna-se pertinente o uso de vários simultaneamente, possibilitando mais sucesso do que o uso de um isoladamente. Além disso, qualquer que seja a escolha, deve ser relevante do ponto de vista cultural ao indivíduo ou grupo a quem se destinada.

Neste sentido, como refere Teixeira (2007) e coadunando-se com as respostas encontradas, os educadores de saúde promovem o bem-estar e os estilos de vida de saudáveis. Abrangendo uma ampla gama de temas, estes profissionais ensinam indivíduos e comunidades relativamente aos comportamentos que levam a uma vida saudável e previnem doenças. Os assuntos que abordam e os métodos que utilizam dependem do local onde trabalham e a quem dirigem as suas intervenções.

Nos contextos dos serviços de saúde os educadores de saúde trabalham com os utentes e famílias. O seu papel é ensinar os utentes relativamente aos seus diagnósticos, tratamentos e procedimentos necessários, podendo orientar as pessoas para recursos externos, tais como grupos de apoio. Poderão ainda ajudar a organizar rastreios de saúde, tais como de tensão arterial ou aulas sobre a instalação correta de uma cadeira para transporte de crianças no carro, por exemplo. A formação do pessoal médico relativamente a melhorar a interação com os utentes, como por exemplo explicar procedimentos complicados aos utentes em linguagem simples, poderá ser também uma das funções (Bureau of Labor Statistics, 2012).

Ao longo da análise das respostas a esta questão emergiram ainda outras categorias a ser salientadas: coordenação/organização de intervenções, projetos e estratégias de EpS referida exclusivamente por docentes e enfermeiros e investigação, referida por duas enfermeiras.

Relativamente à categoria coordenação/organização de intervenções, projetos e estratégias de EpS, podem ler-se respostas representativas da mesma, como “(...)era mais da coordenação(...) coordenador da escola, ou do agrupamento(...)era importante também, que houvesse uma lógica de agrupamento (...)criar uma linha de orientação com objetivos nos diferentes ciclos, portanto, um gestor.”E18 referida por um docente e “Planear essencialmente(...) levantamento das necessidades daquela população, do grupo a que se vai dirigir, para poder obviamente ser uma intervenção direcionada para aquela necessidade, para aquele problema.(...)”E38; “(...)ensinos individuais ou em grupo, pode fazer alguns projetos, trabalhar na área das novas

tecnologias”E39 referidas por enfermeiras. Na categoria investigação pode ler-se por exemplo o que referiu uma enfermeira: “todo o desenvolvimento deverá ser obviamente sempre científico, fundamentado, para ter credibilidade e ser um suporte para futuros estudos de investigação, também, porque acho que por aí é onde deve começar, pela investigação.”E38.

Estas categorias correspondem a funções claramente mencionadas no referencial teórico, com base nas responsabilidades descritas nos documentos do AJHS (n.d.) e NCHEC (2010) relativamente aos educadores de saúde.

No documento do AJHS (n.d.) e tal como se visualiza no quadro 1, as responsabilidades que se coadunam com as respostas encontradas na categoria coordenação/organização de intervenções, projetos e estratégias de EpS referem-se às responsabilidades II - planeamento de programas efetivos EpS, V - coordenação do aprovisionamento de serviços de EpS e IX – gestão dos programas de Eps. Ainda no que se refere às áreas de responsabilidade referidas pela NCHEC (2011) (quadro 2) inerentes a um especialista em EpS podem identificar-se as que são coerentes com as respostas encontradas, sendo elas: área II – planeamento da EpS, área III – implementação da EpS e área V – administração e gestão da EpS.

A categoria investigação é coerente com a descrição das áreas de responsabilidade de um especialista na EpS referida pela NCHEC (2011), conforme se pode ver no quadro 2, sendo a área IV - condução da avaliação e pesquisa relacionada com a EpS - a que mais relacionada com as respostas encontradas. No quadro 1 referente às responsabilidades de um educador de saúde referidas pelo (AJHS, n.d.) pode ler-se a responsabilidade VIII - aplicação dos princípios e métodos adequados de investigação na EpS - que se reporta especificamente à investigação por parte deste profissional como uma das suas responsabilidades.

No contexto destes resultados e coadunando-se com o que foi descrito é pertinente fazer referências aos resultados de um estudo qualitativo realizado por George (2010) no Canadá com o objetivo de identificar papéis, pontos fortes e desafios na opinião de 15 educadores de saúde a exercerem funções em contexto hospitalar onde foram identificadas quatro funções principais no desempenho profissional dos sujeitos da amostra:

1. formação contínua específica para médicos
2. educação contínua para profissionais de saúde
3. cursos educacionais baseados nos últimos desenvolvimentos da investigação

4. tarefas administrativas

Ainda no mesmo estudo os educadores de saúde, por unanimidade, expressaram a necessidade das organizações empregarem pessoal de apoio administrativo para gerir essas tarefas, permitindo desta forma que eles se concentrem nas atividades de ensino (George, 2011).

Os participantes do estudo descreveram também nove pontos fortes com impacto positivo na qualidade do seu trabalho:

- apoio dos colegas
- comunicação franca
- conhecimento sobre recursos
- competências organizacionais
- formação educacional
- apoio comunitário
- conhecimento dos desenvolvimentos mais recentes da investigação
- experiência e conhecimento profissional
- formação sobre diversidade cultural

Ainda no mesmo estudo os sujeitos da amostra identificaram desafios no desempenho do seu papel profissional, dos quais é relevante salientar os seguintes:

- falta de conhecimento das necessidades da comunidade
- dificuldade em ir ao encontro das necessidades da comunidade
- dificuldade de aprendizagem de novas modalidades
- falta de formação adequada nos princípios de educação de adultos
- falta de conhecimento da tecnologia
- falta de esclarecimento do papel profissional

Esta pesquisa sugeriu que há uma forte procura por educadores de saúde nos cuidados de saúde, no entanto, a sua eficácia é principalmente impedida por falta de apoio organizacional e material educativo inovador. Os resultados enfatizaram a necessidade de uma EpS eficaz, culturalmente apropriada e focada na tecnologia para fornecer informações relevantes para a saúde em relação à comunidade à qual se dirige (George, 2011).

Será ainda pertinente referir a descrição de funções feita por Riley (1952) relativamente aos educadores de saúde que exerciam funções em departamentos de saúde. Apesar de se reportar a 1952 as funções descritas adaptam-se à realidade atual, pelo que faz sentido enumerar as funções descritas, na medida em que são funções mais práticas ligadas a estes profissionais.

A primeira função referida por Riley (1952) foi o planeamento de programas educativos das divisões de serviços de departamentos de saúde na qual o educador de

saúde ajudaria o responsável da divisão a determinar as experiências educacionais relevantes para as necessidades da comunidade, organizando-as num programa educacional de acordo com os indivíduos para quem fosse desenhado. A segunda função referida por Riley (1952) seria a de realizar o treino dos profissionais que poriam o programa educacional em prática, assim como estabelecer relações e motivar os indivíduos a quem ensinam a fim de obter os melhores resultados. A terceira função referiu-se a obter ou preparar materiais educacionais (gráficos, fotografias, filmes, panfletos, cartazes) a fim de tornar as suas atividades eficazes. O dever do educador de saúde seria preparar ou garantir tais materiais para uso do pessoal, criados para serem utilizados por profissionais específicos como parte do seu trabalho diário num programa educacional.

Ainda segundo Riley (1952) a quarta função de um educador de saúde seria cooperar com outras organizações para desenvolver um programa de educação integrada de saúde que complementaria e ampliaria os programas educacionais de saúde do departamento onde desempenharia funções. A quinta função descrita pelo mesmo autor relativa aos educadores de saúde seria despertar o interesse público e informar o público sobre problemas de saúde e atividades do departamento de saúde, por meio da imprensa, rádio, cinema e outros métodos de publicidade, de modo a manter as atividades do departamento de saúde e os problemas de saúde da comunidade na mente do público. Por fim, foi ainda descrita uma sexta função que seria a organização da comunidade em torno da implementação da EpS, desenvolvendo na comunidade uma consciência de saúde e responsabilidade através da participação ativa de grupos de cidadãos no planeamento e execução de programas de saúde comunitária.

Após o que foi referido, e de uma forma geral, pode dizer-se que as respostas foram de encontro a algumas das funções descritas na literatura. No entanto, houve alguma dificuldade por parte dos entrevistados na identificação de funções específicas práticas deste profissional, provavelmente porque é um profissional não existente na realidade portuguesa e que mesmo no seu contexto profissional, como referido acima no estudo de George (2011) há falta de esclarecimento do seu papel profissional, confundindo-se muitas das vezes com funções relativas a outros profissionais de saúde e profissionais de educação.

Interessante será também referir que os sujeitos da amostra consideraram-se, maioritariamente, educadores de saúde na sua profissão embora tivessem tido algum dificuldade na definição de funções do mesmo, o que poderá levar a crer que a

identificação como educador de saúde foi uma resposta dada com base no que consideraram mais correto ou esperado perante a entrevistadora.

Passando à análise da questão relativa à opinião dos sujeitos do estudo relativamente à **necessidade da profissão específica de educador de saúde**, que corresponde a um dos objetivos do estudo, da análise dos resultados imergiram duas categorias a destacar: sim, com 22 UE, transversal a todos os grupos profissionais e não com 15 UE igualmente transversal a todos os grupos profissionais.

Torna-se portanto pertinente analisar as subcategorias mais relevantes pertencentes à categoria sim. A subcategoria *necessidade no contexto escolar* foi referida exclusivamente por profissionais do contexto escolar tendo em conta que a necessidade deste profissional seria sentida por estes sujeitos no seu quotidiano, tanto em suporte aos alunos como a eles próprios, como se pode ler no discurso de um professor “(...)especificamente nas escolas (...) alunos poderem ter possibilidade de ter uma pessoa com uma valência muito específica e capaz de lhes tirar as dúvidas, ou de os esclarecer, ou de os aconselhar”E2 e de uma AO: “(...)que nos informasse e soubesse explicar o porquê disto, era bastante importante para nós(...) e também para os miúdos”E19. Houve ainda uma referência à necessidade de um educador de saúde personificado por um profissional de saúde presencialmente na escola a tempo total ou parcial e até mesmo a horas no currículo dos alunos para a área da EpS, como se pode ler na resposta de um professor: “(...)um técnico de saúde, se não a full time, pelo menos em part-time(...)haver horas dos alunos dentro do seu currículo para terem esta disciplina ou essa área não curricular”E10

No seguimento destas respostas e como refere o Ministério da Educação (2006) uma escola promotora da saúde oferece oportunidades, mas também requer compromissos que favoreçam a saúde: ao mesmo tempo que se propõe criar os meios para que todos os que nela vivem e trabalham possam melhorar a sua saúde física e mental, exige o investimento dos seus órgãos diretivos em boas relações internas e externas, em métodos de ensino participados e aprendizagens ativas.

Gomes (2009) com base em Sanmarti (1988) e coadunando-se com as respostas analisadas, refere que da mesma forma que o aluno aprende na escola os conhecimentos científicos e os hábitos sociais que lhe permitirão enfrentar os problemas da vida na comunidade, também deve aprender e adquirir os conhecimentos e os hábitos higiénicos e de saúde em geral, que lhe permitirão alcançar o maior grau possível de saúde, física, mental e social.

Em Portugal já existiram disciplinas como Noções Básicas de Saúde e de Socorrismo, que contribuíram para a EpS dos alunos. Atualmente existe um amplo corpo teórico que justificaria a criação de uma disciplina autónoma de EpS. Algumas escolas ao abrigo da flexibilidade curricular prevista no sistema educativo têm criado disciplinas de saúde. A vantagem da criação de uma disciplina de EpS seria a de garantir que todos os alunos abordariam grande parte dos temas relacionados com a sua saúde (Gomes, 2009).

No estudo de Ramalho (2009) – recorda-se que o objetivo deste estudo foi avaliar as representações sociais de alunos, encarregados de educação e professores sobre uma experiência de educação para a saúde em contexto escolar - quando foi questionado aos professores se estes eram a favor da criação de uma disciplina de EpS, foram obtidas 42 de respostas (50%) a favor da criação de uma disciplina de promoção para a saúde, enquanto que 29 professores (35%) respondem claramente que não são. Aos que eram a favor da criação de uma disciplina específica foi colocada a questão sobre quem a poderia lecionar. De acordo com as respostas foi verificado que 27 respostas (32%) afirmaram que deveriam ser os professores, desde que possuíssem formação especializada; 11 respostas (13%) entenderam que o diretor de turma é que deveria fazê-lo e ainda 13 professores (15%) afirmaram que deveriam ser os professores da área de projeto.

No estudo de Mota (2011) - cujo objetivo foi analisar a relação entre professores e técnicos de saúde que trabalham na área da EpS escolar - em relação ao modo como deve ser abordada a EpS nas escolas, alguns dos sujeitos do estudo referiram que a EpS ao ser abordada de forma transversal nas diversas disciplinas do currículo escolar, poderia tornar a formação muito mais rica e integradora; outros mencionaram que o facto de ser abordada num módulo específico poderia cimentar melhor os conhecimentos desenvolvidos, uma vez que estes poderiam ser abordados de um modo mais sistemático e por profissionais motivados para tal.

O que foi descrito pode igualmente associar-se à subcategoria *existência de conhecimentos específicos e intervenção mais direcionada*, na qual se podem ler respostas significativas como “(...) *tem mais conhecimentos sobre o tema. Devia ser uma pessoa mesmo da parte da saúde, de medicina.*”E13 referido por uma AO, “(...) *alguém específico ou um tempo específico para a pessoa recorrer aquela pessoa e estar ali só para esclarecer, para falarem, eu acho que seria, obviamente, uma mais-valia*”E29 referida por uma enfermeira e “(...) *mais direcionados, havia mais*

especificidade, não haveria (...) vários grupos profissionais a terem essas funções, era mais direcionado”E35 referido por um médico.

As respostas desta subcategoria defendem a necessidade de uma profissão específica de educadores de saúde devido aos conhecimentos específicos inerentes a estes profissionais, assim como a existência de um espaço físico ou tempo específico para recorrer a este profissional.

Como descrito no referencial teórico e estando de acordo com o referido nesta subcategoria, os educadores de saúde trazem conhecimentos e competências especializadas para a linha da frente da promoção da saúde.

No estudo de Ramalho (2009) (com o objetivo de avaliar as representações sociais de alunos, encarregados de educação e professores sobre uma experiência de educação para a saúde em contexto escolar) foi colocada uma questão aos professores relativamente a eventuais dificuldades na abordagem das temáticas da EpS nas aulas, tendo alguns mencionado a falta de tempo letivo, dificuldades de formação em certas áreas, algum receio na abordagem da sexualidade e poder não ser capaz de responder completamente a situações ou questões que surgissem.

Mota (2011) identificou também no seu estudo a falta de tempo e o número reduzido de horas para desenvolver as temáticas de Eps como um entrave à implementação do atual modelo de EpS na escola bem como a necessidade de formação em temas e conteúdos específicos pelos professores. Ainda no mesmo estudo os enfermeiros referiram que a falta de recursos temporais tem implicações na presença dos profissionais de saúde nas escolas, tornando-se uma presença pouco assídua e continuada, sendo vista como um fator que dificultava a implementação de dinâmicas de EpS. Professores e enfermeiros apontaram a falta de formação de base nesta área como causa para que alguns profissionais se sentissem desconfortáveis para abordar determinados assuntos, sendo a área da sexualidade aquela que é referida como mais difícil, nomeadamente por professores.

Os dois grupos profissionais defenderam ainda a formação específica que permitisse colmatar lacunas existentes da formação de base especificamente na área da pedagogia para profissionais de saúde e na área da saúde para professores. No entanto, todos partilham a ideia de que a existência de um trabalho colaborativo, entre professores e técnicos de saúde, torna mais eficaz o desenvolvimento desta área, pois os conhecimentos e experiências de ambos complementarão a formação e permitirão a realização de um trabalho mais efetivo e integrador em EpS (Mota, 2011).

Os resultados dos estudos analisados são então coerentes com as respostas encontradas, na medida em que a falta de tempo poderá ter sido um dos motivos porque os sujeitos do estudo fizeram referência à existência de um tempo específico para o educador de saúde estar disponível para o apoio e esclarecimento da comunidade onde estaria inserido. Os conhecimentos específicos poderão também ter sido mencionados devido a alguma eventual insegurança por parte dos entrevistados na abordagem de certas temáticas da EpS, por falta de treino e conhecimentos direcionados para os mesmos ou conhecimentos pedagógicos para a correta transmissão de conhecimentos.

Fará sentido relembrar que um dos motivos para alguns dos sujeitos da amostra não se considerarem educadores de saúde na sua profissão foi precisamente a falta de tempo e a falta de conhecimentos específicos, como já descrito e analisado previamente, o que genericamente torna as respostas a esta questão mais coerentes e coesas com as referências feitas pelos entrevistados em questões anteriores.

Outra das subcategorias que faz sentido salientar durante esta análise, e ainda pertencente à categoria sim, é a *redução de custos com doenças*, na qual foi salientada a importância da existência de um grupo profissional de educadores de saúde que pudesse intervir na mudança de comportamentos nocivos para a saúde em ordem a reduzir os custos relacionados com doenças decorrentes deste tipo de comportamentos.

Variados estudos demonstraram que 1€ gasto na promoção da saúde representa um ganho de 14€ em serviços de saúde (Ministério da Saúde, 2006).

Com o objetivo de avaliar a relação custo-eficácia de intervenções de educação para a saúde têm sido realizados inúmeros estudos. Pode referir-se por exemplo um estudo de Oliveira et al. (2002) com o objetivo de avaliar os custos económicos diretos resultantes da implementação de um programa de educação para asmáticos quando comparado com o atendimento habitual. Foram calculados, retrospectivamente, e comparados os custos diretos de um programa de educação e do atendimento normal ao doente asmático, através de dois grupos com 20 indivíduos cada. As hospitalizações e visitas à urgência em ambos os grupos foram registadas durante o período da intervenção educacional. O custo total foi de 331 dólares americanos para o grupo atendido de forma habitual e 224 dólares para o grupo sujeito ao programa de educação, o que permitiu uma redução de custos na ordem de 107 dólares por doente do grupo do programa de educação em relação ao grupo do atendimento habitual. No grupo sujeito ao programa de educação o custo total com medicamentos foi superior ao observado no grupo do atendimento usual, refletindo maior gasto com medicação de prevenção. A

implementação do programa de educação levou à redução dos gastos com hospitalização e visitas à urgência, o que diminuiu os custos totais, tornando o programa economicamente atrativo.

No que se refere a doenças relacionadas com estilos de vida e no contexto português, com base no Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes referente ao ano de 2011, Portugal posiciona-se entre os países europeus que registam uma taxa mais elevada de prevalência desta doença, constituindo atualmente uma das principais causas de morte, especialmente por envolver um risco significativamente aumentado de doença coronária e de acidente vascular cerebral (Gardete et al., 2012).

Para além do sofrimento humano que as complicações relacionadas com a doença (cegueira, amputações membros inferiores) causam nas pessoas com diabetes e suas famílias, os seus custos económicos são exorbitantes, incluindo os cuidados de saúde, a perda de rendimentos e os custos económicos para a sociedade em geral, a perda de produtividade e os custos associados às oportunidades perdidas para o desenvolvimento económico. O custo médio das pessoas com diabetes em Portugal em 2011 representava um custo de 1816 milhões de euros, correspondendo a 1% do Produto Interno Bruto e 10% da despesa em saúde (Gardete et al., 2012). Sendo uma das doenças associadas aos estilos de vida, os custos inerentes à mesma poderiam diminuir drasticamente com intervenções específicas no âmbito da EpS relativas à prevenção da doença ou à gestão da mesma, se já existente.

A subcategoria em análise - *redução de custos com doenças* - tal como mencionado no referencial teórico, vem sublinhar um dos benefícios que os educadores de saúde poderiam trazer a uma comunidade ou uma população específica a nível de redução de custos com tratamentos de doenças, investindo-se em prevenção através da promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis. Os ganhos em saúde decorrentes das eventuais intervenções nas quais este profissional teria um papel fundamental poderão também ser associados à qualidade de vida de uma população e à esperança de vida saudável, como indicadores de sucesso das diversas intervenções, para além dos monetários. A redução de custos com a doenças foi aliás um dos motivos da criação deste grupo profissional nos Estados Unidos da América.

Corroborando este facto, o Bureau of Labor Statistics (2012) refere que com foco na prevenção, a EpS reduz os custos financeiros e humanos em tratamentos médicos. Doenças crónicas como diabetes, doenças cardiovasculares e cancro, consomem mais de 75% dos 2,2 triliões de dólares gastos em cuidados de saúde nos

Estados Unidos a cada ano. Um custo pouco significativo de dez dólares por pessoa, em intervenções preventivas comprovadas, poderia poupar ao país mais de 16 bilhões de dólares em apenas cinco anos.

Ainda na realidade americana, é esperado um crescimento de 37% de 2010 a 2020 relativamente à empregabilidade dos educadores de saúde, sendo muito mais rápido do que a média para as outras profissões. Este crescimento será impulsionado por esforços para reduzir os custos de saúde, ao ensinar os indivíduos e comunidades acerca de hábitos e comportamentos saudáveis (Bureau of Labor Statistics, 2012).

A subcategoria *em populações com dificuldade de acesso aos serviços de saúde* é sobreponível ao que foi descrito no referencial teórico relativamente à profissão de Agente Comunitário de Saúde (ACS) existente na realidade brasileira, como se pode ler: “(...)nas comunidades que não têm acesso imediato ao serviço de saúde, é preciso ter um fornecedor de saúde. Mesmo que não seja licenciado, mas que tenha algum curso(...).”E26.

Como referem Cardoso & Nascimento (2010) o Programa Saúde da Família criado pelo Ministério da Saúde brasileiro como forma de resguardar e oferecer maior capacidade resolutiva ao trabalho dos ACS, apresenta-se como uma estratégia de avanço na história recente de saúde pública no Brasil, ao reforçar a participação da comunidade e o vínculo de responsabilidade entre os serviços de saúde e a população. Neste contexto o ACS é considerado o principal elo de ligação entre a Unidade de Saúde da Família e a comunidade, um profissional fundamental para o melhor desenvolvimento da assistência. Por ser morador da comunidade e estar em contacto permanente com as famílias, pode facilitar o trabalho de vigilância e promoção da saúde realizado por toda a equipa de saúde, representando para o sistema de saúde atual um elemento com enorme potencial de contribuição na reorganização dos serviços de saúde.

Esta referência à existência deste tipo de grupo profissional poderá ter estado relacionada com as necessidades sentidas pela entrevistada na sua área de atuação enquanto médica de família, no sentido em que poderá sentir lacunas relativamente à interação entre a comunidade e serviço de saúde, que poderiam ser colmatadas por alguém que desempenhasse um papel de elo de ligação entre estas duas realidades.

Passando à análise da subcategoria *complemento a outros profissionais*, e ainda na categoria sim pode referir-se o que foi referido por Cleary (1988) relativamente ao papel de um educador de saúde. Esta autora refere que o educador de saúde pode ajudar outros profissionais a maximizar e melhorar o potencial educativo dos seus papéis

profissionais, exemplificando este papel com o apoio de um cardiologista em relação a um médico de família.

Como referem Rodrigues, Pereira e Barroso (2005) as questões educativas para desenvolver conhecimentos, promover ou educar para a saúde devem ser entendidas e resolvidas em parceria.

Pertencentes a esta subcategoria podem ler-se as respostas referidas respetivamente por uma AO e por um médico: “ (...) *as pessoas que trabalham nesta comunidade tivessem uma formação, (...) poderia ajudar o técnico para assuntos mais graves.*”E14; “(...) *integrado numa equipa, acho que sim*”E24, que são suportadas por mais resultados do estudo de Mota (2001), no qual os professores consideraram também elementar a colaboração de outros indivíduos - profissionais de saúde, encarregados de educação, funcionários e direções das escolas - para a garantia de uma formação mais sustentada nesta área, tendo em conta temáticas atuais de interesse para os jovens, no desenvolvimento de dinâmicas de EpS em meio escolar.

No discurso dos professores e enfermeiros do estudo referido foi comum a ideia de que, independentemente do modo como a EpS fosse abordada em meio escolar, essa abordagem deveria ser feita por uma equipa multidisciplinar que deveria integrar professores, profissionais de saúde e pais, assim como funcionários da escola, associações de pais e estudantes, envolvendo igualmente outras estruturas da comunidade, permitindo uma complementaridade de conhecimentos e práticas, tornando a EpS muito mais enriquecedora para os seus destinatários (Mota, 2001).

Gomes (2009) refere que a transversalidade da abordagem da EpS em contexto escolar garante maior profundidade na abordagem dos temas (pois estes são tratados por professores especializados naquele domínio), maior continuidade e contacto com maior número de referências para o aluno (professores de várias disciplinas). As dificuldades de aplicação residem no facto de não haver um currículo transversal de saúde, a forte tradição de organização curricular vertical, a falta de formação e sensibilização dos professores, o sistema de avaliação dos alunos e a extensão dos currículos disciplinares, o que retira tempo para a abordagem do currículo transversal (Gomes, 2009).

Por outro lado, poderá analisar-se a subcategoria *responsabilidade da comunidade ou equipa multidisciplinar*, da categoria não, na qual os entrevistados (exclusivamente enfermeiros e AO) não consideraram necessária a existência de um grupo profissional de educadores de saúde visto que toda a comunidade ou equipa multidisciplinar deveria estar envolvida na EpS, independentemente do contexto –

escolar ou comunitário. Nesta subcategoria podem ler-se respostas como: *“podemos fazer algo sem ser só... essa pessoa, todos podemos contribuir”*E3; *“(...)toda a gente devia fazer um bocadinho essa parte. Não se justifica uma pessoa ter só este aspecto”*E21; *“(...) se houver uma equipa multidisciplinar, que cada um abranja uma área, eu acho que era mais útil isso(...) uma informação mais completa.”*E30.

Será interessante e pertinente comparar o que foi descrito acerca da subcategoria *complemento a outros profissionais*, pertencente à categoria sim, com a subcategoria *responsabilidade da comunidade ou equipa multidisciplinar* pertencente à categoria não.

A mesma justificação para a necessidade e não necessidade de existência de um grupo profissional de educadores de saúde foi dada pelos entrevistados em categorias antagónicas. Explicitando este achado, pode dizer-se que alguns entrevistados entenderam que como único responsável pela EpS não faria sentido a existência de um grupo profissional de educadores de saúde, visto que a EpS seria da responsabilidade de toda a comunidade ou equipa multidisciplinar (categoria não, subcategoria *responsabilidade da comunidade ou equipa multidisciplinar*), enquanto que os outros concordaram com a existência deste grupo profissional como um complemento aos outros profissionais responsáveis pela implementação de estratégias e projetos EpS, não sendo então o único responsável pelas mesmas (categoria sim, subcategoria *complemento a outros profissionais*).

Na categoria não, subcategoria *responsabilidade da comunidade ou equipa multidisciplinar*, os entrevistados poderiam ter sentido que o educador de saúde poderia representar uma “ameaça” na medida em que lhes retiraria algum poder e responsabilidade de intervenção no contexto da EpS, pelo que consideraram desnecessária a sua existência.

Na categoria sim, subcategoria *complemento a outros profissionais* os entrevistados poderão ter visto no educador de saúde um recurso para a sua prática diária, ou seja, uma pessoa com conhecimentos específicos na área da EpS com quem pudessem trabalhar em conjunto, de forma a aproveitar as melhores características e conhecimentos de cada um dos intervenientes em prol das melhores estratégias e intervenções para a comunidade em questão.

Resumindo, as respostas dependeram da interpretação que cada entrevistado fez das responsabilidades atribuídas ao educador de saúde, assim como o tipo de trabalho

que poderia desenvolver: interdependente ou independente, em cada um dos casos, o que condicionou de forma distinta as respostas encontradas.

Poderá ainda fazer-se a ligação entre estas respostas e a subcategoria *descontextualização profissional*, na categoria não, na qual foi referida que um educador de saúde por si só, como grupo profissional não faria sentido pois estaria descontextualizado da realidade da comunidade envolvente, como referiu um professor: “(...)fica muito fechado naquele papel e retira-lhe alguma capacidade depois de intervenção no espaço escola (...) dificuldade em estabelecer relações e construir projetos porque precisam de chegar perto dos outros; tem que ser um igual aos outros”E18. Esta descontextualização dificultaria a integração no local de trabalho onde o educador se deveria inserir, pelo que não seria benéfica uma profissão distinta de educadores de saúde, pois, segundo o entrevistado, seria um papel um pouco redutor e pouco abrangente.

Neste sentido e corroborando esta resposta, Rodrigues, Pereira & Barroso (2005) referem que o *empowerment* se caracteriza pela colaboração, partilha e mutualidade, associando-se aos conceitos de parceria e colaboração, no sentido de se criarem relações mais igualitárias e que escapem ao protótipo dominador-dominado.

Passando à subcategoria *especialidade* na categoria não foi maioritariamente referida por profissionais de saúde (sete das oito UE) podendo este facto justificar-se eventualmente por se sentirem ameaçados relativamente ao seu papel como educadores de saúde, já que o seu papel nos cuidados de saúde primários é preponderante e indispensável e que as suas competências e conteúdo funcional, como se descreveu no referencial teórico, se encontram intimamente ligados à EpS. Assim, poderiam ter alguém de recurso ou serem eles próprios pessoas de recurso na EpS, não perdendo a sua identidade como educadores caso existisse a especialidade de EpS ligada às suas próprias profissões, tal como se pode ler nas respostas de duas enfermeiras e um médico: “Uma profissão específica não (...) Gostaria que fosse uma especialização de enfermagem”E23; “(...)acho que beneficiaria se fosse alguém que já tivesse uma formação em saúde(...) seria uma mais valia essa pessoa já levasse uma bagagem”E27; “(...)os vários profissionais de saúde deviam ter formação na área da educação e poderiam ser coisas bastante específica(...)Não acho que devia ser um único, porque assim não poderia abranger tudo. (...)uma subespecialidade e não uma profissão em si.”E39.

Estas respostas demonstram igualmente que os entrevistados consideraram que o facto do educador de saúde poder ser um especialista na área da EpS com um conhecimento de base na área da saúde seria benéfico, pois embora os conhecimentos da área da EpS fossem mais específicos, não seriam construídos a partir do zero, mas sobre bases teórico-práticas pré existentes. Assim, qualquer profissional de saúde poderia, hipoteticamente, ser um especialista em EpS não necessitando de mudar a sua atividade profissional, mas complementando-a com conhecimentos mais direccionados e característicos na valência da EpS, tornando-se um profissional de recurso para os indivíduos e comunidades neste âmbito.

Ainda na análise da questão relativa à existência de um grupo profissional de educadores de saúde, podem distinguir-se as respostas obtidas por grupo profissional entrevistado, conforme na Tabela 2, onde se pode observar que a maioria dos profissionais de saúde (dez num total de dezoito) considera desnecessária a existência da profissão de educador de saúde. Este achado poderá dever-se ao sentimento de pertença pelas funções de educador de saúde por parte dos profissionais de saúde no seu desempenho profissional, reclamando este papel como seu. Por outro lado um número maior de profissionais de saúde considerou-se educador de saúde (quinze dos dezoito profissionais de saúde) comparativamente ao número destes profissionais que consideraram desnecessária a profissão de educador de saúde, o que pode dever-se a que nesta análise não foram tidas em conta as subcategorias das respostas, nomeadamente a subcategoria *especialidade*, enquadrada na categoria não, que foi referida por sete profissionais de saúde, corroborando a possibilidade dos médicos e enfermeiros não quererem “abdicar” da sua responsabilidade como educadores de saúde para uma profissão específica mas eventualmente para uma especialidade na área da saúde.

No que se refere aos docentes e AO a maioria (15 num total de 21) considera pertinente a existência deste profissional, o que poderá dever-se ao sentimento de necessidade do educador de saúde no contexto escolar, por se sentirem desapoiados ou com lacunas de conhecimento relativamente à área específica da EpS por terem eventuais solicitações por parte dos alunos às quais não consigam dar respostas adequadas, o que poderá ser corroborado pelo facto de 17 destes profissionais (num total de 21) considerarem necessária formação específica na área da EpS (Tabela 1).

Passando à análise da questão relativa à **importância da EpS na profissão** dos entrevistados, pode dizer-se que as respostas a esta questão foram como que uma síntese geral das respostas às questões anteriores, onde foram focados conceitos referidos

anteriormente pelos entrevistados e onde imergiram inclusivamente subcategorias semelhantes a respostas anteriores. Os entrevistados sentiram-se à vontade para resumir os seus pensamentos acerca da área da EpS e voltar a focar conceitos já referidos aparentemente para cimentar o que tinham referido em algumas questões.

Trinta sujeitos da amostra consideraram a EpS extremamente importante (nível cinco) na sua prática profissional e seis sujeitos muito importante no desempenho das suas funções (nível quatro). No nível três (importante) situaram-se duas respostas e uma resposta no nível dois (pouco importante). O nível um (nada importante) não foi referido por ninguém.

À categoria extremamente importante corresponderam 30 respostas transversais a todos os grupos profissionais inseridas em diversas subcategorias, das quais poderão ser salientadas a subcategoria *inerente á prática diária*, referida por todos os grupos profissionais à exceção dos AO. A enfermagem foi o grupo profissional ao qual corresponderam a maioria das UR desta subcategoria (seis), o que é coerente com as funções descritas no referencial teórico associadas a esta profissão, assim como com o facto de todos os enfermeiros se terem considerado educadores de saúde na sua profissão numa questão anterior, encaixando-se todos na subcategoria *associação às competências e desempenho profissional* dessa mesma questão.

Podem ler-se algumas das respostas de enfermeiros que suportam esta subcategoria: “(...) *é importante na área da enfermagem (...)é grande parte dos cuidados de saúde primários, porque nós é que vamos tentar incutir comportamentos que vão gerar comportamentos de saúde ou de doença, em relação ao futuro das pessoas*”E28; “(...) *porque é muito do trabalho que tu fazes(...)parte do nosso trabalho é essencialmente mais de formação e aconselhamento.*”E22; “(...)eu contribuo de uma forma positiva (...) dependendo das informações que eu passo(...)os cuidados primários devem cumprir. É assim, prevenir, a parte da prevenção. E se for detetado, tentar atuar para que não desenvolva para cuidados secundários”E31.

De acordo com o referido e corroborando as respostas encontradas, os cuidados de Enfermagem são, como descreve o Regulamento do Exercício Profissional da Enfermagem (REPE) (Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro, Capítulo II, Artigo 4º) “(...) *as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais*” e são caracterizados (artigo 5º), entre outros fatores por “(...) *orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou*

recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correções necessárias”.

Relativamente aos professores, e ainda dentro da mesma subcategoria, podem salientar-se as respostas *“Na minha profissão, como disse, é inerente, está implícito transversalmente”*E7 e *“(...)porque trabalho com jovens e acho que é importante transmitir um bocadinho não só os nossos valores(...) nós aqui na escola que estamos mais horas com eles(...) sempre que é oportuno acho que se deve falar deste tema.”*E8.

Costa (2009) com base em Rodrigues (2003) reforça estes achados quando se refere à EpS como *“um processo baseado em regras científicas, utilizando oportunidades educacionais programadas”*.

A fundamentar o exposto e salientando a importância dos professores na EpS em contexto escolar Gomes (2009) aponta as conferências de Viterbo (1989) e Dublin (1990) sobre EpS para exemplificar a necessidade imperiosa da formação de professores nesta área, referindo, com base na Conferência de Dublin que *“a Educação para a Saúde só pode ser eficaz se os professores estiverem convencidos da sua necessidade fundamental. A sensibilização, a formação e a informação do corpo docente tem portanto uma importância preponderante. A Europa tem necessidade de um grupo de professores motivados conhecendo bem as Bases da Educação para a Saúde e sabendo ensiná-las. Enquanto este problema não for resolvido será impossível progredir”* (p.89).

Pode então fazer-se a ponte entre o referido por Gomes (2009) e a subcategoria *necessidade da EpS na escola*, referida por seis AO e dois professores. Poderão ler-se as respostas pertencentes a esta subcategoria de um professor e um AO respetivamente *“É extremamente importante (...) é fundamental educar os nossos alunos para a saúde(...) é fundamental os indivíduos estarem formados e estarem preparados e saberem como ser indivíduos saudáveis.”*E17 e *“o cinco porque lidamos diariamente com as crianças e as crianças necessitam que lhes sejam ensinadas várias coisas”*E16

Nesta subcategoria é reforçada a importância atribuída por estes profissionais à EpS em contexto escolar, o que é coerente com as respostas analisadas relativamente à necessidade de um educador de saúde na escola na questão analisada anteriormente, visto que é o facto de trabalharem diariamente com crianças e jovens em idades de formação que terá justificado o tipo de respostas às questões referidas.

Gomes (2009) a corroborar a importância atribuída pelos entrevistados à EpS na escola refere, com base em Sanmarti (1988), que as origens dos nossos comportamentos

se situam na infância e adolescência porque ao implementar EpS na escola estamos a atingir indivíduos em fase de formação física, mental e social e que ainda não tiveram, muitas vezes, oportunidade de adquirir comportamentos pouco saudáveis e que são muito mais recetivos à aprendizagem de hábitos e assimilação de conhecimentos.

Através dos programas de EpS deve preparar-se o aluno para que, ao deixar a escola, seja capaz de cuidar da sua própria saúde e da dos seus semelhantes e sobretudo, adotar um estilo de vida que comporte o objetivo do que hoje em dia se chama saúde positiva: o desenvolvimento de todas as suas capacidades físicas, mentais e sociais (Gomes, 2009).

Vale ainda a pena salientar a subcategoria *contraposição a publicidade existente* pertencente à categoria extremamente importante no que se refere à importância da EpS no contexto profissional dos entrevistados, referida por um professor: “*Cada vez mais se paga publicidade para bolachas, ou sumos, Coca-Cola, ou qualquer coisa, ou ao fast food, e depois não existe publicidade à qualidade. Seria importante fazer publicidade ao que é bom e se as pessoas comessem a comparar*”E20 e um médico: “*E a educação começa logo quando a mãe está grávida(...)é aquela cadeia na continuidade(...)tem que trabalhar desde sempre(...)em saúde falta um bocadinho de mass media para contrapor o outro mass media.*”E24. Já tinha sido mencionada anteriormente pelos entrevistados a importância dos meios de comunicação social na influência da tomada de decisões relativamente à adoção de comportamentos saudáveis, nomeadamente na questão relativa à definição de educador de saúde.

Neste contexto, e sublinhando a importância atribuída pelos entrevistados à publicidade na escolha de hábitos saudáveis Randolph & Viswanath (2004) referem que na realidade americana as campanhas publicitárias para promover comportamentos saudáveis e desencorajar comportamentos pouco saudáveis tornaram-se uma ferramenta importante de profissionais da saúde pública para melhorar a saúde do público. As campanhas terão de influenciar o público alvo, devendo para tal ser simples, diretas e enquadradas, focando-se invariavelmente nos indivíduos e em como as suas atitudes e comportamentos podem ser alterados com as mensagens certas.

Neste contexto a OMS (2001) referiu que a televisão, a rádio e outros *media* de entretenimento alcançam uma elevada percentagem dos adolescentes das zonas urbanas, e têm potencialidades para chegar junto das zonas rurais. Salientou ainda o papel dos meios de comunicação informais sob a forma de entretenimento, como as peças de

teatro, que se têm revelado eficazes para informar e apresentar problemas sensíveis aos jovens em geral e, particularmente, aos que se encontram fora das escolas.

Na categoria muito importante foram identificadas subcategorias que segundo os entrevistados justificaram o facto de não terem dado a máxima importância à EpS no seu contexto profissional, correspondendo as mesmas subcategorias a barreiras para não se considerarem educadores de saúde na sua profissão, como referido numa das questões analisadas anteriormente. A subcategoria *falta de conhecimentos* foi referida por uma AO, referindo que atribuía o grau quatro de importância à EpS “*porque já aprendi qualquer coisa e bastava-me mais umas ações de formação e acho que ficava com mais conhecimento*”E15. Na subcategoria *falta de tempo e especificidade* um enfermeiro referiu: “*(...) se houver um técnico para isso(...) libertava mais o pessoal de enfermagem(...) estava mais adequado, tinha muito mais disponibilidade para informar as pessoas, sempre mais correctamente*”E33 justificando a falta de tempo na sua prática diária para a não atribuição do grau máximo de importância à EpS. Na subcategoria *como complemento*, referida por um professor, pode ler-se: “*dava-lhe um quatro, como complemento, uma vez que esta componente seria transversal, uma vez que abarcaria várias disciplinas*”E10 no sentido da abordagem da EpS ser realizada de uma forma transversal a todas as unidades curriculares, não recaindo a responsabilidade de implementação da EpS sobre somente um professor.

Torna-se interessante referir que na categoria extremamente importante as respostas funcionaram como uma justificação dos benefícios da EpS, logo, da sua importância no contexto profissional dos entrevistados, enquanto que na categoria muito importante as respostas apresentaram-se como uma justificação da não atribuição do nível máximo de importância, ou seja, poderiam traduzir-se como as dificuldades apontadas pelos entrevistados em reconhecer o nível máximo de importância à EpS no seu contexto profissional, visto que teriam igualmente dificuldade em aplicá-la em pleno, mas não por a considerarem pouco importante.

No entanto, ambas as categorias correspondem a “extrema” e “muita” importância da EpS na profissão dos entrevistados, pelo que não se poderão apontar grandes disparidades nas respostas neste sentido, já que todos os entrevistados correspondentes a estas categorias referiram a importância fulcral da EpS nas suas profissões.

Corroborando os achados, Carvalho & Carvalho (2006) no seu estudo obtiveram os seguintes resultados quanto à opinião dos enfermeiros da sua amostra relativamente à

importância da EpS: a maioria dos enfermeiros (48,7%) considerou que a EpS é uma atividade de tal modo importante, que poderia vir a substituir as atividades de tratamento. Foi ainda destacado o facto de existir apenas uma pessoa que referiu que a EpS não era importante e nenhum respondente ter referido que a EpS seria menos importante que as atividades de tratamento.

Ainda suportando estes achados, num estudo levado a cabo na Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus da Universidade de Évora em 2006-2007, com o objetivo de perceber quais as temáticas que mais suscitaram interesse aos alunos do curso de licenciatura em enfermagem, a EpS foi o tema que suscitou mais interesse e considerado o mais importante pelos próprios. Relativamente aos enfermeiros já em exercício profissional (que se encontravam a realizar o curso de complemento em enfermagem), a EpS foi igualmente o objeto de estudo preferido (Bonito, 2009).

Numa análise desta questão por grupos profissionais (Tabela 3) pode observar-se que o grupo profissional dos enfermeiros foi o que teve, proporcionalmente, mais sujeitos a considerarem a EpS extremamente importante na sua profissão (oito em nove sujeitos), facto já eventualmente justificado pela auto identificação de todos estes profissionais como educadores de saúde na sua profissão, por inerência da EpS às suas funções, conforme se descreve no referencial, no seu conteúdo funcional e ao longo dos estudos referidos na análise dos resultados referentes à atribuição do papel de educador de saúde ao enfermeiro.

À exceção desta ressalva ao grupo profissional dos enfermeiros que se destacou um pouco em relação a esta questão, aparentemente não houve diferenças significativas entre as respostas de grupo para grupo profissional, sendo que todos atribuíram um grau elevado de importância à EpS no seu desempenho profissional e quando não atribuíram o nível máximo justificaram-no na sua resposta, não sendo por considerarem a EpS pouco importante mas por entraves na implementação/desempenho desta na sua prática profissional.

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes de mais, torna-se premente referir o quão enriquecedor e desafiador foi a realização deste trabalho, tendo sido possível partilhar experiências e conhecimentos com os participantes.

A decisão de investigar relativamente à formação profissional e específica de educadores de saúde decorreu da curiosidade em compreender que opinião teriam os grandes atores da EpS relativamente a um grupo profissional de educadores de saúde que teria como objeto profissional a EpS, tendo-se delineado o objetivo de **descrever a opinião de profissionais de saúde, docentes e não docentes quanto à necessidade de formação profissional e específica de Educadores de Saúde**. Para melhor compreender o contexto envolvente da temática e conceitos associados à educação para a saúde nos vários grupos profissionais escolhidos para o estudo realizaram-se questões relacionadas com a EpS.

Os resultados encontrados foram, de uma forma geral, ao encontro da literatura pesquisada, ainda que por vezes em grupos profissionais distintos, em realidades distintas e em estudos com objetivos distintos.

Globalmente, não houve diferenças perceptíveis nas respostas analisadas, ainda que os sujeitos pertencessem a quatro grupos profissionais diferentes a desempenhar funções em dois contextos profissionais distintos.

Relativamente à definição de *saúde* e aos resultados encontrados, esta foi associada maioritariamente ao conceito de *bem-estar*, independente do grupo profissional da amostra, o que demonstra a familiaridade deste conceito, uma vez que é claramente suportado pela literatura. Nos restantes resultados não houve mais nenhuma definição que se evidenciasse em relação às outras, tendo sido obtidos resultados muito homogéneos a nível de número de respostas por categoria encontrada.

Por outro lado, a facilidade na definição deste conceito deve-se igualmente à subjetividade do mesmo e que permite que qualquer definição que seja referida possa eventualmente ser suportada pela literatura, devido também à evolução do conceito e à diversidade de autores que tem vindo, ao longo do tempo, a definir o conceito de *saúde*.

Apesar do conceito de *educação para a saúde* ser aparentemente familiar a todos ou à maioria dos entrevistados, foi sentida alguma dificuldade na definição do mesmo.

Ao longo dos discursos foi legível uma definição um pouco unidimensional do conceito de *educação para a saúde* no sentido de a considerar uma simples transmissão de conhecimentos relacionados com a saúde, embora se saiba após a leitura de diversos textos que a transmissão de informação seja distinta de ensino, já que este deverá ser interativo entre educador e educando e construído pelo educando, características que não são inerentes à transmissão de conhecimentos.

Por ter sido um conceito em cuja definição se verificou alguma dificuldade, os entrevistados apoiaram-se na definição que haviam feito do conceito de *educação para a saúde*, definindo o *educador de saúde* como alguém que iria pôr em prática a educação para a saúde, ou seja, iria executar as definições de educação para a saúde referidas por eles, associadas de forma maioritária pela amostra ao *ensino e informação relativa à manutenção da saúde e estilos de vida saudáveis*, em ordem da obtenção de um estado de saúde pleno.

Por outro lado, a dificuldade nesta definição de forma precisa poderá ter estado relacionada com o facto de o educador de saúde não ser uma profissão específica no contexto português, o que dificultou um pouco a construção deste conceito por parte dos entrevistados, sendo neste sentido um conceito eventualmente compreendido como hipotético por parte dos sujeitos da amostra, apesar da figura de educador poder ser reconhecida a qualquer elemento da comunidade, como se verificou em categorias emergentes dos discursos: *profissionais de saúde, profissionais de educação, sociedade*.

Este facto foi reforçado pela auto identificação como educadores de saúde da maioria da amostra, abrangendo todos os grupos profissionais, pelo que se pode dizer que a dificuldade efetiva foi a definição “formal”, a construção frásica da definição de *educador de saúde* ao longo das respostas.

A delineação de *características, competências e funções* inerentes a um educador de saúde foi igualmente sentida como problemática, apesar de ser um dos papéis que os entrevistados abraçaram como seu no seu contexto e desempenho profissional. Esta auto identificação poderá também ter surgido devido à vontade de transmitir respostas “politicamente corretas” perante a entrevistadora ou para ir de encontro às respostas que se esperava que fossem dadas.

No entanto, apesar de alguma falta de diferenciação dos conceitos de *características, competências e funções* do educador de saúde, e alguma dificuldade na sua definição, de uma forma geral foi dada relevância às características e competências profissionais como necessárias a um bom desempenho profissional, como os

conhecimentos científicos e capacidades pedagógicas para transmissão dos conhecimentos. Este achado poderá querer dizer que um profissional tecnicamente competente é o mais valorizado pelos sujeitos da amostra no correto desempenho das suas funções, devendo os conhecimentos científicos ser a base de todas as ações, podendo a área relacional ser trabalhada e melhorada ao longo do tempo, através da prática. Na definição de *funções*, estas foram como que fundidas à definição de EpS, visto que as funções do educador seriam colocar em prática a mesma, pelo que foi uma questão onde se verificou dificuldade de resposta.

A *necessidade de formação na área da EpS* – na formação de base e contínua – identificada ao longo da análise das respostas da maioria dos sujeitos da amostra e transversal a todos os grupos profissionais poderá ter-se relacionado com a valorização das competências técnicas associadas ao correto e eficaz desempenho do educador de saúde na mudança de comportamentos da sua população-alvo, pelo que estas lacunas de formação poderão ter sido identificadas como entraves ao próprio desempenho dos entrevistados como educadores de saúde. A formação específica na área da EpS (através de ações de formação, material didático) seria uma abordagem a considerar no que concerne aos grupos profissionais estudados de forma a colmatar as lacunas identificadas pelos mesmos, assim como a criação de espaços de debate e reflexão sobre a temática no seio das equipas de saúde e educação.

No que refere à *necessidade de um grupo profissional de educadores de saúde* foi maioritária a concordância com a existência do mesmo, de forma transversal aos grupos profissionais estudados.

Por um lado foi considerado um profissional fundamental no desempenho de práticas de EpS ao qual se poderia recorrer por possuir um conhecimento mais específico na área da EpS e de tudo o que a engloba, assim como alguém que trabalharia em conjunto com a restante comunidade em ordem à obtenção de ganhos em saúde – monetários e humanos – contribuindo desta forma para um avanço em termos de saúde da sociedade.

Por outro lado, foi considerado por alguns sujeitos da amostra um grupo profissional desnecessário devido à transversalidade da EpS, que passaria pela colaboração de toda a sociedade – e em que cada um desempenharia um papel relevante e insubstituível – em vez haver um profissional em exclusividade que limitaria um pouco a possibilidade de intervenção por todos os atores da sociedade, com o seu contributo distinto de forma a tornar as EpS mais completa e rica. O educador de saúde

poderá ter sido igualmente considerado uma ameaça aos que se consideraram educadores de saúde, por poderem vir a ver o seu papel na EpS como secundário, ao contrário do que acontece neste momento.

Foi ainda referida a possibilidade de uma especialização em EpS em detrimento da existência de um grupo profissional de educadores de saúde, já que nesta especialização já existiriam conhecimentos prévios numa área da saúde ou educação que suportariam e tornariam lógica a especialização, podendo ser mobilizados em ordem da melhor prática de EpS.

Esta especialização poderia fazer algum sentido na medida em que no contexto nacional existem os graus académicos de Mestrado e Doutoramento em EpS, pelo que por si só, os Mestres e Doutores desta área poderiam e deveriam ser um profissional de recurso da EpS, já que possuem competências e conhecimentos teóricos e empíricos, específicos e direcionados na área da EpS, podendo intervir de forma a responder eficazmente a novas oportunidades e exigências nacionais e locais.

A EpS foi unanimemente considerada como extremamente e muito importante, tendo sido identificada como inerente aos desempenhos profissionais dos enfermeiros, médicos, professores e assistentes operacionais entrevistados, já que os contextos profissionais dos mesmos são considerados palcos ideais de implementação de estratégias e projetos na área da EpS: os cuidados de saúde primários e escolas.

Os cuidados de saúde primários foram identificados como locais privilegiados de promoção da saúde, nos quais há uma proximidade maior com a comunidade e suas necessidades, bem como serem a porta de entrada ou o primeiro contacto (idealmente) com o serviço nacional de saúde, podendo-se evitar que os utentes destes, tenham necessidade de cuidados secundários e com isso acarretar mais gastos em saúde e perda de qualidade de vida.

As escolas são igualmente locais privilegiados de implementação de projetos e estratégias de EpS visto os alunos encontrarem-se em idade de formação e aquisição de muitos dos hábitos que manterão até à vida adulta. As escolas encontram-se em estreita relação com a comunidade escolar – família, professores, funcionários, alunos, órgãos de direção – e restantes elementos da comunidade envolvente – profissionais de saúde, autarquias – utilizando todos os meios e atores envolventes para trabalhar em conjunto de modo a adequar as estratégias às necessidades identificadas.

Foi perceptível que alguns sujeitos da amostra provavelmente nunca teriam pensado nas definições solicitadas nem teriam estado perante alguns dos conceitos

apresentados ao longo da entrevista, o que teve algumas vantagens, como o facto de os colocar frente a conceitos sobre os quais nunca se teriam debruçado anteriormente e por este motivo ter obtido respostas mais sinceras e verdadeiras, pois foram respostas pensadas na altura da entrevista, o que poderá ter facilitado o facto de não haver respostas pré-concebidas ou pensadas.

Torna-se também importante referir algumas das dificuldades sentidas ao longo da realização deste trabalho que acabaram por tornar maior o desafio da concretização deste trabalho, como a realização das entrevistas no contexto profissional dos entrevistados durante o horário de trabalho, o que dificultou a recolha de dados na medida em que o tempo para as entrevistas era limitado, pois esta era realizada no tempo mínimo disponibilizado por cada participante.

Outra das dificuldades sentidas foi o número reduzido de estudos relativos a assistentes operacionais e médicos, no âmbito da Educação para a Saúde, já que grande parte dos estudos dizem respeito a enfermeiros e professores como atores principais nesta área.

Neste âmbito este estudo teve alguma originalidade da medida em que foram estudados grupos profissionais que raras vezes aparecem referidos em estudos da área da educação para a saúde, muito menos no contexto nacional.

Considera-se que os objetivos iniciais do estudo foram atingidos na medida em que se ficou a conhecer as opiniões dos sujeitos relativamente as questões colocadas e conceitos referidos, apesar de se ter sentido algumas dificuldades na definição de alguns conceitos.

Espera-se que este estudo possa ter contribuído para o contacto com a temática da EpS por parte dos grupos profissionais entrevistados e desta forma ter permitido um maior diálogo acerca da mesma no seio dos grupos profissionais entrevistados, assim como o contacto mais próximo com conceitos pouco familiares aos sujeitos da amostra.

Espera-se também ter conseguido levar os entrevistados a uma reflexão sobre o assunto e o seu papel e responsabilidades efetivas no desenvolvimento e implementação de estratégias e intervenções numa área que consideram tão importante como a EpS.

7 – SUGESTÕES

Após a realização deste estudo, e o pequeno contributo do mesmo para o conhecimento da área da EpS, torna-se pertinente deixar sugestões para futuros trabalhos de investigação nesta área. Como este estudo foi desenvolvido em contexto escolar e em cuidados de saúde primários, consequentemente as sugestões referem-se ao estudo da EpS nestes contextos:

- alargar esta investigação aos utentes de centros de saúde e alunos de escolas básicas e secundárias de modo a compreender a sua opinião sobre a necessidade de educadores de saúde
- propor um projeto a Mestres/Doutores em EpS que poderia por exemplo consistir na sua associação a agrupamentos escolares, em estreita colaboração com o coordenador escolar da EpS e estruturas de saúde da comunidade (centro de saúde), utilizando as competências específicas de todos os intervenientes e suas relações com a comunidade no desenvolvimento e implementação de projetos na área da EpS que seriam posteriormente avaliados e reajustados à realidade

Poderia também ser pertinente a abordagem de instituições de ensino superior da área da saúde e ensino (medicina, enfermagem, ação social, docência) de forma a compreender a estrutura curricular de cada curso e identificar, em conjunto com as direções das mesmas, necessidades de formação na área da EpS nos cursos em questão. Estas áreas poderiam ser também identificadas pelos próprios alunos, após a conclusão ou durante do seu plano de estudos, através de inquéritos.

Ainda relativamente às instituições de ensino superior, seria também pertinente conhecer a opinião dos respetivos órgãos de direção relativamente à criação de um curso superior na área da EpS, bem como dar-lhes a conhecer a realidade americana no que concerne aos educadores de saúde.

8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Journal of Health Studies (AJHS) (n.d.). *Responsibilities and Competencies for Health Educators*. Acedido 25 Maio 2010 em: <http://www.vajhs.com/competencies.aspx>
- Araújo, I. (2004). *Aprendem doença, educam para a saúde. Influência da formação, em futuros profissionais de saúde, em concepções saúde/doença, educação para a saúde e sua implementação*. Dissertação de Mestrado em educação, área de especialização em educação para a saúde. Braga. Acedido 25 Outubro 2009 em: <http://hdl.handle.net/1822/2669>
- Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo*. Lisboa : Edições 70
- Barry, M. et al. (2009). *The Galway Consensus Conference: international collaboration on the development of core competencies for health promotion and health education*. IUHPE - Global Health Promotion. June. 16(2). 5-11. Acedido 4 Agosto 2009 em: http://www.nuigalway.ie/health_promotion/documents/M_Barry/2009_ja_galway_consensus_ghp_162.pdf
- Barros, P; Machado, S; Simões, J. (2011). *Portugal: Health system review. Health Systems in Transition*. 13(4). Acedido 13 Junho 2011 em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/150463/e95712.pdf
- Bernardino, A. et al. (2009). *Os Enfermeiros Enquanto Agentes de Educação Para a Saúde: Validação da Escala de Práticas e Comportamentos de Educação para a Saúde*. Trabalho académico relativo ao estudo da validade e fidelidade da Escala de Práticas e Comportamentos de Educação para a Saúde. Instituto politécnico de Leiria. Acedido 12 Maio 2011 em <http://hdl.handle.net/10400.8/113>
- Bonito, J. (2009). *Fará a educação bem à saúde?* In: Lopes, M; Mendes, F; & Moreira, A. *Saúde, Educação e Representações Sociais – Exercícios de Diálogo e Convergência*. 173-189. Coimbra: Formasau.
- Branco, A.; Ramos, V. (2001). *Cuidados de saúde primários em Portugal*. Revista portuguesa de saúde pública. Cuidados de Saúde Primários. Volume temático: 2. 63-74.
- Bureau of Labor Statistics (2012). *Health Educators*. U.S. Department of Labor Occupational Outlook Handbook. 2012-13 Edition. Acedido 10 Janeiro 2012 em <http://www.bls.gov/ooh/community-and-social-service/health-educators.htm>
- Buss, P. (2000). *Promoção da saúde e qualidade de vida*. Ciência & Saúde Coletiva. 5(1). 163-177. Acedido 7 Janeiro 2011 em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>

- Camara, F. et al. (2010). *Educação Física na promoção da saúde: para além da prevenção multicausal*. Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte . 9(2). 101-110. Acedido 21 Janeiro 2011 em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/remef/issue/view/182>
- Candeias, N. (1997). *Conceitos de educação e promoção da saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais*. Revista de Saúde Pública. São Paulo. 31(2). 209-213. Acedido 27 Maio 2009 em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000200016&lng=en&nrm=iso
- Cardoso, A; Nascimento, M. (2010). *Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade*. Ciência & Saúde Coletiva. 15(1) 1509-1520. Acedido 19 Janeiro 2011 em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700063&lng=en
- Carvalho, A; Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. Lisboa: Lusociência.
- Clark, J; Maben, J. (1998). *Health promotion: perceptions of Project 2000 educated nurses*. Health Education Research - Theory & Practice. 13(2). Acedido 7 Janeiro 2012 em: <http://her.oxfordjournals.org/content/13/2/185.full.pdf+html?sid=6af3643f-1469-42da-8430-96b3e117f744>
- Clarke, A. (1991). *Nurses as role models and health educators*. Journal of Advanced Nursing 16,1178-1184
- Cleary, H. (1988). *Health Education: the role and functions of the specialist and the generalist*. Revista de saúde pública. São Paulo. 22(1) 64-72
- Coalition of National Health Education Organizations (CNHEO) (n.d.). *What is Health Education? Why is Health Education Important? Who provides Health Education? Where are health educators employed? What does a trained health educator do?* Acedido 12 Outubro 2009 em: http://www.cnheo.org/PDF%20files/health_ed.pdf
- Coalition of National Health Education Organizations (CNHEO) (2011). *Development of a Unified Code of Ethics For The Health Education Profession*. Acedido 12 Outubro 2010 em: <http://www.cnheo.org/PDF%20files/Code%20of%20Ethics%20History2011.pdf>
- Constituição da República Portuguesa (2001). Artigo 64.º - Saúde. Acedido 14 Dezembro 2010 em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/Constituicao.htm>

- Correia, C. et al. (2001). *O enfermeiro em cuidados de saúde primários*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Volume Temático 2. 75-82 Acedido 13 Janeiro 2011 em: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-07-2001.pdf>
- Costa, I. (2009). A educação popular em saúde como agente de transformação social. In: Lopes, M; Mendes, F; & Moreira, A. *Saúde, Educação e Representações Sociais – Exercícios de Diálogo e Convergência*. 191-200. Coimbra: Formasau.
- Davidson, E. (2008). *Perceived Continuing Education Needs and Job Relevance of Health Education Competencies Among Health Education and Promotion Practitioners in College*. Journal of American college health. 57(2). Acedido 17 Abril 2010 em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010056665&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948). Acedido 12 Dezembro 2012 em: <http://dre.pt/util/pdfs/files/dudh.pdf>
- Dempsey, C; Barry, M; Battel-Kirk B; and the CompHP Project Partners (2011a). *Literature Review: Developing Competencies for Health Promotion*. IUHPE, Paris. Acedido 15 Novembro 2012 em http://www.iuhpe.org/uploaded/Activities/Cap_building/CompHP/CompHP_LiteratureReviewPart1.pdf
- Dempsey, C; Barry, M; Battel-Kirk B; and the CompHP Project Partners (2011b). *The CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion (Short Version)*. IUHPE, Paris. Acedido 15 Novembro 2012 em http://www.iuhpe.org/uploaded/CompHP/Competencies_Handbook_short_ENG.pdf
- Departamento de Educação Básica (2001). *Ciências Físicas e Naturais - Orientações Curriculares - 3º ciclo*. Lisboa: Departamento de Educação Básica.
- Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (n.d.). *Currículo e Programas de Educação para a Saúde*. Acedido 19 Maio 2012 em: <http://www.dgidc.min-edu.pt/educacaosaude/>
- Direcção Geral dos Ensinos Básico e Secundário (1991). *Programa de Ciências da Natureza - 2º ciclo*. Lisboa : D.G.E.B.S. : Imprensa Nacional. Casa da Moeda
- European Academy of Teachers in General Practice (EURACT) (2005). *A definição europeia de medicina geral e familiar (clínica geral/medicina familiar)*. Acedido 7 Janeiro 2011 em: http://www.apmgf.pt/ficheiros/Definicao_MGF-EURACT_2005.pdf
- Feuerwerker, L. (2003). *Educação dos profissionais de Saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde*. Revista da ABENO. 3(1). 24-27

- Figuerola, I; Farías, M, Alfaro, N. (2004). *Educación para la Salud: la importancia del concepto*. Revista de Educación y Desarrollo, Nº1. 43-48. Acedido 12 Setembro 2011 em: http://www.biomedicina.org.ve/portal/images/stories/2010/EPS/EPS_Red_Valadez.pdf
- Filho, N. (2002). *Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse*. Ciência & Saúde Coletiva. 7(4) 879-889. Acedido 17 Dezembro 2010 em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14611.pdf>
- Fleury, M; Fleury, A. (2001). *Construindo o Conceito de Competência*. RAC. Edição Especial. 183-196 Acedido 12 Novembro 2009 em: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência
- Fraga, O. (2011). *Agente Comunitário de Saúde: Elo entre a Comunidade e a Equipe da ESF?* Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista. Acedido 28 Novembro 2012 em <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2665.pdf>
- Gardete, L. et al. (2012). *Diabetes: Factos e Números 2012 - Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Sociedade Portuguesa de Diabetologia: Lisboa. Acedido 9 Fevereiro 2013 em: <http://www.apdp.pt/Upload/Media/OND%202012.pdf>
- Gaspar, P. (2006). *Educação para a Saúde e estudantes: as fontes e o impacto da informação*. Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Comunicação e Educação em Ciência. Acedido 3 Março 2012 em: <http://hdl.handle.net/10400.8/99>
- Geiger, B. et al. (2011). *The Role of Health Education Specialists in Supporting Global Health*. International Electronic Journal of Health Education. vol. 14. 37-45 Acedido 15 Fevereiro 2012 em: http://www.aahperd.org/aahe/publications/iejhe/upload/11_B-Geiger.pdf
- George, M. (2010). *The Role, Strengths and Challenges of Health Educators in Toronto Hospitals*. The International Journal of Interdisciplinary Social Sciences. 5(1). 445-456. Acedido 28 Novembro 2011 em: <http://www.SocialSciences-Journal.com>.
- Gomes, J.P. (2009). *As Escolas Promotoras de Saúde: uma via para promover a saúde e a educação para a saúde da comunidade escolar*. Educação, Porto Alegre, 32(1) 84-91. Acedido em 21 Setembro 2012 em: <http://hdl.handle.net/1822/10193>
- Gonçalves, F. (2010). *Uma reflexão sobre as competências e os desafios que se colocam ao assistente operacional*. Dissertação de Mestrado em Ciências da

- Educação, área de especialização em Gestão da Formação e Administração Educacional. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade de Coimbra. Acedido 11 Janeiro 2011 em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/15637/1/ana.pdf>
- Green, L. et al. (1980). *Health Education Planning. A Diagnostic Approach*. California: Mayfield Publishing Company.
- Green, L.; Kreuter, M. (1991). *Health Education Planning. An educational and environmental approach*. California: Mayfield Publishing Company.
- Guedes, M; Silva, L; Freitas, M. (2004). *Educação em Saúde: Objeto de estudo em dissertações e teses de enfermeiras no Brasil*. Revista Brasileira de Enfermagem. 57(6). 662-665. Acedido 12 Outubro 2009 em: <http://ref.scielo.org/9zj5fv>
- International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) (2009). *Construindo escolas promotoras de saúde: directrizes para promover a saúde em meio escolar*. Acedido 15 Maio 2011 em http://www.iuhpe.org/uploaded/Publications/Books_Reports/HPS_GuidelinesII_2009_Portuguese.pdf.
- Kwan; Frankish; Rootman. (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Committee on Health Literacy, Board on Neuroscience and Behavioral Health, Institute of Medicine. The National Academies Press, Washington, D.C. 346 p. Acedido 19 Junho 2011 em http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=10883&page=32
- Loureiro, I. (2009). *Competências para promover a saúde*. Revista portuguesa de pedagogia. Ano 43-2. 81-103. Coimbra: Universidade de Coimbra. Acedido 12 Setembro 2010 em: <http://hdl.handle.net/10316.2/5562>
- Loureiro, I; Miranda, N. (2010). *Promover a Saúde. Dos fundamentos à acção*. Coimbra: Almedina.
- Luquis, R.; Pérez, M. (2005). *Health educators and cultural competence: implications for the profession*. American Journal of Health Studies. 20(3). p.156-163
- Machorro, M; Moreno, D. (2008) *Ética médica y competencias profesionales en la formación del médico*. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. 51 (3). Acedido 13 Junho 2012 em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=32540334&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Madureira, A; Fonseca, S; Maia, M. (2003). *Estilo de vida e atividade física habitual de professores de educação física*. Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano. 5(1). p. 54-62. Acedido 13 Novembro 2012 em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=476437&indexSearch=ID>

- Martin, V; Angelo, M. (1998). *Significado do conceito de saúde na perspectiva de famílias em situação de risco pessoal e social*. Revista latino-americana de enfermagem, Ribeirão Preto, 6(5). 45-51 Acedido 11 Outubro 2012 em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n5/13859.pdf>
- Matos, M; Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2003). *Aventura Social & Saúde. A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Edições FMH: Lisboa. 27 p. Acedido 20 Dezembro 2012 em: http://www.hbsc.org/countries/downloads_countries/Portugal/PortugueseReport_abstract.pdf
- Matos, M.; Diniz, J.; Simões, C. (2011). Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) *Dados Nacionais 2010-Abril 2011. Problemas emergentes e contextos sociais*. Acedido 21 Janeiro 2012 em: https://www.utl.pt/admin/imagesuploaded/1302897373_2b-HBSC%20Adolescentes%202010-11.pdf
- McKenzie, J; Seabert, D. (2009). *Why Do Health Educators Obtain and Continue To Hold The CHES Credential?* American Journal of Health Studies. 24(4). 401-410. Acedido 14 Abril 2012 em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=51470986&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Miguel, L; Sá, A. (2010). *Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir. Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Ministério da Saúde - Alto Comissariado da Saúde. Lisboa, Novembro. Acedido 25 Setembro 2012 em: <http://pns.dgs.pt/files/2010/08/CSP1.pdf>
- Ministério da Educação (n.d.). Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento curricular. Acedido 10 Março 2011 em: <http://www.dgidec.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=36>
- Ministério da Educação e Ciência (2011). *Orientações Curriculares - Formação Cívica. 10.º Ano. Cursos Científico-Humanísticos*. Acedido 25 Janeiro 2012 em: http://www.dgidec.min-edu.pt/data/ensinosecundario/Programas/f_civica_versao_homologada.pdf.
- Ministério da Saúde (2004a). Direcção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Lisboa: 2 v. Vol. II - Orientações estratégicas, 216 p. Acedido 27 Outubro 2011 em http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf
- Ministério da Saúde (2004b). Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida. Lisboa: Diário da República. II Série. Nº 23 de 28 de Janeiro.
- Ministério da Saúde (2006). Direcção Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Escolar. Lisboa: Diário da República. II Série. Nº 110 de 7 de Junho.

- Mota, D. (2011). *Trabalhar a educação para a saúde nas escolas: percepções de profissionais de saúde e de professores*. Dissertação de Mestrado em Educação para a Saúde, Universidade do Porto. Acedido 12 Dezembro 2012 em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/56468/3/EpS.pdf>
- Motta, M; Costa, I; Viana, M. (2008). *B-learning em Educação para a Saúde*. In: Rodrigues, J. Educação para a Saúde no Século XXI: Teorias, Modelos e Práticas. Universidade de Évora. Centro de Investigação em Educação e Psicologia. Évora
- National Commission for Health Education Credentialing, Inc. (NCHEC) (n.d.). *Health Education Profession*. Acedido 12 Agosto 2011 em: <http://www.ncheec.org/dzapps/dbzap.bin/apps/assess/webmembers/tool>
- National Commission for Health Education Credentialing, Inc. (NCHEC), Society for Public Health Education (SOPHE), American Association for Health Education (AAHE) (2010). *A competency-based framework for health education specialists - 2010*. Whitehall. Acedido 15 Outubro 2011 em <http://www.ncheec.org/files/items/nch-mr-tab3-110/docs/areas%20of%20responsibilities%20competencies%20and%20sub-competencies%20for%20the%20health%20education%20specialist%202010.pdf>
- Nery et al. (2009). *Concepção de Saúde: visão de adolescentes do ensino fundamental da um município da Bahia*. Revista de Saúde Com. 5(1) Acedido 13 Dezembro 2012 em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/v5/v5n1a03.pdf>
- Nóbrega, J. (2005). *Escola, Educação Física e Saúde. Estudo das representações dos professores de educação física da região autónoma da Madeira acerca de promoção da saúde*. Dissertação de Tese de Mestrado em Desporto para Crianças e Jovens, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física - Universidade do Porto, Porto. Acedido 12 Dezembro 2012 em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/14096/2/4244.pdf>
- Norton, L. (1998). *Health promotion and health education: what role should the nurse adopt in practice?* Journal of Advanced Nursing. 28(6). 1269-1275. Blackwell Science. Acedido 11 Abril 2012 em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=1999017996&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Nunes, C. et al. (2012). *Os cuidados de saúde primários nas unidades locais de saúde*. Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Ministério da Saúde. Acedido 12 Dezembro 2012 em: http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_46/6-ulsecsp_2012.09.30.pdf
- Oliveira, M. et al. (2002). *Custo-efetividade de programa de educação para adultos asmáticos atendidos em hospital-escola de instituição pública*. Jornal de Pneumologia 28(2). 71-76. Acedido 12 Abril 2012 em: <http://www.scielo.br/pdf/jpneu/v28n2/a03v28n2.pdf>

- Oliveira, M; Oliveira, J. (2008). *Da Saúde Higienista às Práticas Educativas Nos Programas Saúde da Família*. Revista Científica SER - Saber, Educação e Reflexão, Agudos/SP. 1(1) 57-66. Acedido 12 Setembro 2012 em: http://www.revistafaag.br-web.com/revistas/index.php/ser/article/viewFile/22/pdf_14
- Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) (n.d.). *Health Education*. Acedido 28 Junho 2011 em: Disponível em: http://www.who.int/topics/health_education/en/
- Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) (n.d.). *Health Promotion*. Acedido 28 Junho 2011 em: http://www.who.int/topics/health_promotion/en/
- Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) (1946). *A Magna Carta for World Health* Am J Public Health Nations Health. September; 36(9) 1041–1045.
- Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) (1978). *Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários. Alma-Ata, Cazaquistão, URSS*. Acedido 30 Maio 2011 em: http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm
- Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) (1986). *1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá*. Acedido 30 Maio 2009 em http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Ottawa.htm
- Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) (1988). *2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Adelaide, Austrália*. Acedido 30 Maio 2009 em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Adelaide.htm
- Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) (1991). *3ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde. Sundsvall, Suécia*. Acedido 29 Junho 2009 em: http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Sundsvall.htm
- Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) (1997). *4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde – Declaração de Jacarta: Promoção da Saúde no Século XXI*. Jacarta, República da Indonésia. Acedido 27 Abril 2009 em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Jakarta.htm
- Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) (1998). *Promoting health through schools*. WHO technical report series 870. Geneva.
- Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) (1999). *Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region*. Denmark. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf
- Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) (2000). *Quinta Conferência Global Sobre Promoção da Saúde – Promoção da Saúde: Rumo a uma Maior Equidade; Declaração Ministerial do México para a Promoção da Saúde*. Cidade do México, México. Acedido 27 Abril 2009 em: http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Mexico.htm.

- Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) (2001). *Saúde Dos Adolescentes: Estratégia Para A Região Africana*. WHO Regional Office for Africa. Brazzaville. Acedido 12 Novembro 2011 em: <http://afrolib.afro.who.int/RC/RC51/pt/AFRRRC51.10.pdf>
- Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) (2002). *World Health Report*. Acedido 19 Fevereiro 2009 em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/98296/E76907.pdf
- Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO). (2005a). *Sexta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde num Mundo Globalizado*. Bangucoque, Tailândia. Acedido 15 Maio 2009 em: http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Bangkok.htm.
- Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) (2005b). *The Health for All policy framework for the WHO European Region: 2005 update*. European Health for All Series. n°7 Acedido 12 Junho 2009 em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98387/E87861.pdf
- Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) (2009). *The 7th Global Conference on Health Promotion – Promoting Health and development. Closing the implementation gap*. World Health Organization. Geneva. Acedido 17 Setembro 2011 em : <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/en/index.html>
- Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) (2010). *Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde*. Portugal. Acedido 28 Novembro 2011 em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789248563706_por.pdf
- Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) (2012). *World conference on social determinants of health: meeting report*. Rio de Janeiro, Brasil, 19-21 Outubro 2011. Acedido 15 Maio 2011 em: http://www.who.int/sdhconference/resources/Conference_Report.pdf
- Pelicioni, M; Pelicioni, A. (2007). *Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica*. O Mundo da Saúde São Paulo. Julho/Setembro. 31(3). 320-328. Acedido em 12 Outubro 2011 em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=495027&indexSearch=ID>
- Polit, D; Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas
- Portal da Saúde (2009). *Projecto “e-Bug” lançado em Portugal*. Portugal acolhe projecto que visa ajudar futuros adultos a prevenir as infecções e a utilizar antibióticos de modo prudente. Acedido 12 Novembro 2012 em:

<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2009/9/e-bug.htm>

- Precioso, J. (2004). *Educação para a saúde na escola: um direito dos alunos que urge satisfazer*. O Professor. nº 85. 17-24. Acedido 7 Novembro 2011 em <http://hdl.handle.net/1822/3980>
- Ramalho, M. (2009). *Avaliação das representações sociais sobre uma experiência de educação para a saúde em contexto escolar*. Dissertação de Mestrado em Educação (área de especialização em Avaliação) apresentado à Universidade do Minho. Acedido 13 Novembro 2012 em: <http://hdl.handle.net/1822/11126>
- Randolph, W.; Viswanath, K. (2004). *Lessons Learned from Public Health Mass Media Campaigns: Marketing Health in a Crowded Media World*. Annual Rev. Public Health. 25. 419-437. Acedido 12 Janeiro 2010 em: www.10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123046
- Riley, P. (1952) *The Health Officer and Health Education - Functions of Health Educators*. American Journal of Public Health. 42 (6). Acedido 14 Julho 2011 em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1526217/pdf/amjphnation00411-0034.pdf>
- Rocha, P. (2005). *O Clima de escola e os auxiliares de acção educativa: um estudo realizado nas escolas do Barlavento algarvio*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação. Departamento de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa. Acedido 21 de Dezembro de 2012 em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rle/n7/n7a21.pdf>
- Rodrigues, M; Pereira, A; Barroso, T. (2005). *Educação para a Saúde: formação pedagógica de Educadores em Saúde*. Coimbra: Formasau.
- Rodrigues, S. (2009). *A Educação para a Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Um Estudo exploratório sobre as percepções de doentes e enfermeiros*. Tese de Mestrado em Educação - Área de Especialização em Educação para a Saúde. Acedido 21 Maio 2012 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/11489/1/tese.pdf>
- Roecker, S; Marcon, S. (2011). *Educação em saúde na estratégia saúde da família: o significado e a práxis dos enfermeiros*. Esc Anna Nery. 15 (4) pp.701-709
- Rosso, C; Collet, N. (1999). *Os enfermeiros e a prática de educação em saúde em município do interior paranaense*. Revista Eletrónica de Enfermagem. Goiânia. (1)1. Acedido 12 Novembro 2011 em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/index>
- Samulski, D; Noce, F. (2000) *A importância da atividade física para a saúde e qualidade vida: um estudo entre professores, alunos e funcionários da Universidade Federal de Minas Gerais*. Revista Brasileira de Atividade Física e

- Saúde. 5 (1). Acedido 12 Novembro 2011 em:
<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/992/1140>
- Santos, K; Bógus, C. (2007). *A percepção de educadores sobre a escola promotora de saúde: um estudo de caso*. Revista brasileira crescimento desenvolvimento humano. 1(3) 123-133. ISSN 0104-1282. Acedido 14 Setembro de 2011 em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822007000300013&lng=pt&nrm=iso
- Santos, O. (2010). *O papel da literacia em Saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal*. Endocrinologia, Diabetes & Obesidade. (4) 3. Acedido 12 Fevereiro 2012 em
[http://rdpc.uevora.pt/bitstream/10174/2320/1/\(2010\)%20Literacia%20em%20sa%C3%BAde%20-%20capacitando%20a%20pessoa%20com%20excesso%20de%20peso%20para%20o%20controlo%20e%20redu%C3%A7%C3%A3o%20da%20carga%20ponderal.pdf](http://rdpc.uevora.pt/bitstream/10174/2320/1/(2010)%20Literacia%20em%20sa%C3%BAde%20-%20capacitando%20a%20pessoa%20com%20excesso%20de%20peso%20para%20o%20controlo%20e%20redu%C3%A7%C3%A3o%20da%20carga%20ponderal.pdf)
- Schools for Health in Europe (SHE) (2008). *Schools for health in Europe network*. Acedido 15 Novembro 2011 em:
http://www.schoolsforhealth.eu/upload/Poster_SHE_June_2008.pdf
- Scliar, M. (2007). *História do Conceito de Saúde*. PHYSIS: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 17(1). 29-41. Acedido 7 Dezembro 2011 em
<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>
- Sitoe, R. (2006). *Aprendizagem ao Longo da Vida: Um conceito utópico?* Comportamento organizacional e Gestão. Instituto Superior de Psicologia Aplicada:Lisboa. 12 (2). 283-290. Acedido 11 Janeiro 2013 em:
<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/cog/v12n2/v12n2a09.pdf>
- Society for Public Health Education (SOPHE) (n.d.). *What is a Health Education Specialist*. Acedido 9 Fevereiro 2011 em:
http://www.sophe.org/Sophe/PDF/What%20is%20a%20Health%20Ed%20Specialist_10.20.10.pdf
- Society for Public Health Education (SOPHE) (n.d.). *What is a Health Educator*. Acedido 9 Fevereiro 2011 em:
http://www.sophe.org/sophe/pdf/what_is_a_health_educator.pdf
- Sousa, J. et al. (2001). *Os cuidados de saúde primários e a medicina geral e familiar em Portugal*. Revista portuguesa de saúde pública. Medicina geral. Volume temático: 2. 5-12
- Souza, A. et al. (2005). *A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde*. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre. 26(2). 147-153. Acedido 27 Setembro 2012 em:
<http://hdl.handle.net/10183/23558>

- Tappe, M; Galer-Unti, R. (2001). *Health Educators' Role in Promoting Health Literacy and Advocacy for the 21st Century*. Journal of School Health. December. 71(10). 477-482. Acedido 21 Novembro 2012 em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2002111273&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Teixeira, C. (2007). *Health educators - working for wellness*. Occupational Outlook Quarterly. Acedido 19 Novembro 2009 em: <http://www.bls.gov/opub/ooq/2007/summer/art03.pdf>
- United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (UNESCO) (1998). *Health-Promoting Schools. Promoting the World Health Organisation's concept of health*. Vol. XXIII, Nº. 2. Acedido 12 Agosto 2011 em: http://www.unesco.org/education/educprog/ste/pdf_files/connect/connect98-2.pdf
- Vala, J. (1987). *A análise de Conteúdo*. In: Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto Metodologia das ciências sociais. 2^a ed. Porto: Edições Afrontamento

LEGISLAÇÃO CONSULTADA

- Decreto-Lei nº 223/87 de 30 de Maio. Estabelece o regime de pessoal não docente dos estabelecimentos de educação pré-escolar, dos ensinos primário, preparatório e secundário. Lisboa: Diário da República. I Série. Nº124.
- Decreto-Lei Nº 73/90. Reformula o regime legal das carreiras médicas dos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde. Lisboa: Diário da República I Série.
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro. REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Lisboa: Diário da República. I Série. Nº 205.
- Decreto-Lei nº 157/99 de 10 de Maio. Estabelece o regime da criação, organização e funcionamento dos centros de saúde. Lisboa: Diário da República. I Série-A. Nº 108
- Decreto-Lei n.º 6/2001 de 18 de Janeiro. Estabelece os princípios orientadores da organização e da gestão curricular do ensino básico e a avaliação das aprendizagens e do processo de desenvolvimento do currículo nacional.. Lisboa: Diário da República. I Série-A. Nº 15.
- Decreto-Lei nº 177/2009 de 4 de Agosto. Estabelece o regime da carreira especial médica, bem como os respetivos requisitos de habilitação profissional. Lisboa: Diário da República. I Série. Nº149.
- Decreto-Lei n.º 247/2009 de 22 de Setembro. Regime Legal da Profissão de Enfermagem. Lisboa: Diário da República. I Série. Nº 184.
- Decreto-Lei n.º 270/2009 de 30 de Setembro. Alterações ao estatuto da Carreira Docente. Lisboa: Publicado no Diário da República. I Série. Nº 190.

Despacho n.º 17460/2006. Regulamento Interno do Pessoal não Docente dos Estabelecimentos Públicos de Educação Pré-Escolar e dos Ensinos Básico e Secundário com Contrato de Trabalho. Lisboa: Diário da República. II Série. N.º 166.

Despacho n.º 2506/2007 de 20 de Fevereiro. Define linhas de orientação para o professor coordenador da área temática da saúde. Lisboa: Diário da República. II Série. N.º 36.

Lei n.º 56/79 de 15 de Setembro. Cria o Serviço Nacional de Saúde. Lisboa: Diário da República. I Série. N.º 214.

Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto. Cria a Lei de Bases da Saúde. Lisboa: Diário da República. I Série. N.º 195.

Lei n.º 12-A/2008 de 27 de Fevereiro. Estabelece os regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas. Lisboa: Diário da República. I Série. N.º 41.

Portaria n.º 655/2008 de 25 de Julho. Regulamento do Programa CUIDA-TE. Lisboa: Diário da República. I Série. N.º 143.

ANEXOS

ANEXO I

Responsabilidades, Competências e Sub-competências dos Educadores de Saúde

Responsibility I – Assessing Individual and Community Needs for Health Education

Competency A: Obtain health related data about social and cultural environments, growth and development factors, needs, and interests.

Sub-competency:

1. Select valid sources of information about health needs and interests.
2. Utilize computerized sources of health-related information.
3. Employ or develop appropriate data-gathering instruments.
4. Apply survey techniques to acquire health data.
5. Conduct health-related needs assessment in communities.

Competency B: Distinguish between behaviors that foster and those that hinder well-being.

Sub-competency:

1. Investigate physical, social, emotional, and intellectual factors influencing health behavior
2. Identify behaviors that tend to promote or compromise health.
3. Recognize the role of learning and affective experiences in shaping patterns of health behavior.
4. Analyze social, cultural, economic, and political factors that influence health.

Competency C: Infer needs for health education on the basis of obtained data.

Sub-competency:

1. Analyze needs assessment data.
2. Determine priority areas of need for health education.

Competency D: Determine factors that influence learning and development.

Sub-competency:

1. Assess individual learning styles.
2. Assess individual literacy.
3. Assess the learning environment.

Responsibility II – Planning Effective Health Education Programs

Competency A: Recruit community organizations, resource people, and potential participants for support assistance in program planning.

Sub-competency:

1. Communicate need for the program to those who will be involved.
2. Obtain commitments from personnel and decision makers who will be involved in the program.
3. Seek ideas and options of those who will affect or be affected by the program.
4. Incorporate feasible ideas and recommendations into the planning process.
5. Apply principles of community organization in planning programs.

Competency B: Develop a logical scope and sequence plan for a health education program.

Sub-competency:

1. Determine the range of health information requisite to a given program of instruction.
2. Organize the subject areas comprising the scope of a program in logical sequence.
3. Review philosophical and theory-based foundations in planning health education programs.
4. Analyze the process for integrating health education as part of a broader health care or education program.
5. Develop a theory-based framework for health education programs.

Competency C: Formulate appropriate and measurable program objectives.

Sub-competency:

1. Infer educational objectives facilitative of achievement of specified competencies.
2. Develop a framework of broadly-stated, operational objectives relevant to a proposed health education program.

Competency D: Design educational programs consistent with specified program objectives.

Sub-competency:

1. Match proposed learning activities with those implicit in the stated objectives.
2. Formulate a wide variety of alternative educational methods.
3. Select strategies best suited to implementation of educational objectives in a given setting.

4. Plan a sequence of learning opportunities building upon and reinforcing mastery of preceding objectives.
5. Select appropriate theory-based strategies in health program planning.
6. Plan training and instructional programs for health professionals.

Competency E: Develop health education programs using social marketing principles.

Sub-competency:

1. Identify populations for health education programs.
2. Involve participants in planning health education programs.
3. Design a marketing plan to promote health education.

Responsibility III – Implementing Health Education Programs

Competency A: Exhibit competency in carrying out planned educational programs.

Sub-competency:

1. Employ a wide range of educational methods and techniques.
2. Apply individual or group process methods as appropriate to given learning situations.
3. Utilize instructional equipment and other instructional media effectively.
4. Select methods that best facilitate practice of program objectives.
5. Assess, select, and apply technologies that will contribute to program objectives.
6. Develop, demonstrate, and model implementation strategies.
7. Deliver educational programs for health professionals.
8. Use community organization principles to guide and facilitate community development.

Competency B: Infer enabling objectives as needed to implement instructional programs in specified settings.

Sub-competency:

1. Pretest learners to ascertain present abilities and knowledge relative to proposed program objectives.
2. Develop subordinate measurable objectives as needed for instruction.

Competency C: Select methods and media best suited to implementing program plans for specific learners.

Sub-competency:

1. Analyze learner characteristics, legal aspects, feasibility, and other considerations influencing choices among other methods.
2. Evaluate the efficacy of alternative methods and techniques capable of facilitating program objectives.

3. Determine the availability of information, personnel, time, and equipment needed to implement the program for a given audience.
4. Critically analyze technologies, methods, and media for their acceptability to diverse groups.
5. Apply theoretical and conceptual models from health education and related disciplines to improve program delivery.

Competency D: Monitor educational programs and adjust objectives and activities as necessary.

Sub-competency:

1. Compare actual program activities with the stated objectives.
2. Assess the relevance of existing program objectives to current needs.
3. Revise program activities and objectives as necessitated by changes in learner needs.
4. Appraise applicability to resources and materials relative to given educational objectives.

Responsibility IV – Evaluating Effectiveness of Health Education Programs

Competency A: Develop plans to assess achievement of program objectives.

Sub-competency:

1. Determine standards of performance to be applied as criteria of effectiveness.
2. Establish a realistic scope of evaluation efforts.
3. Develop an inventory of existing valid and reliable tests and survey instruments.
4. Select appropriate methods for evaluating program effectiveness.
5. Identify existing sources of health related databases.
6. Evaluate existing data gathering instruments and processes.
7. Select appropriate qualitative and/or quantitative evaluation design.
8. Develop valid and reliable evaluation instruments.

Competency B: Carry out evaluation plans.

Sub-competency:

1. Facilitate administration of the tests and activities specified in the plan.
2. Utilize data collecting methods appropriate to the objectives.
3. Analyze resulting evaluation data.
4. Implement appropriate qualitative and quantitative evaluation techniques.
5. Apply evaluation technology as appropriate.

Competency C: Interpret results of program evaluation.

Sub-competency:

1. Apply criteria of effectiveness to obtained results of a program.
2. Translate evaluation results into terms easily understood by others.
3. Report effectiveness of educational programs in achieving proposed objectives.
4. Implement strategies to analyze data from evaluation assessments.
5. Compare evaluation results from other findings.
6. Make recommendations from evaluation results.

Competency D: Infer implications from findings for future program planning.

Sub-competency:

1. Explore possible explanations for important evaluation findings.
2. Recommend strategies for implementing results of evaluation.
3. Apply findings to refine and maintain programs.
4. Use evaluation findings in policy analysis and development.

Responsibility V – Coordinating Provision of Health Education Services

Competency A: Develop a plan for coordinating health education services.

Sub-competency:

1. Determine the extent of available health education services.
2. Match health education services to proposed program activities.
3. Identify gaps and overlaps in the provision of collaborative health services.

Competency B: Facilitate cooperation between and among levels of program personnel.

Sub-competency:

1. Promote cooperation and feedback among personnel related to the program.
2. Apply various methods of conflict reduction as needed.
3. Analyze the role of health educator as liaison between program staff and outside groups and organizations.

Competency C: Formulate practical modes of collaboration among health agencies and organizations.

Sub-competency:

1. Stimulate development of cooperation among personnel responsible for community health education programs.
2. Suggest approaches for integrating health education within existing health programs.
3. Develop plans for promoting collaborative efforts among health agencies and organizations with mutual interests.

4. Organize and facilitate groups, coalitions, and partnerships.

Competency D: Organize in-service training programs for teachers, volunteers, and other interested personnel.

Sub-competency:

1. Plan an operational, competency-oriented training program.
2. Utilize instructional resources that meet a variety of in-service training needs.
3. Develop plans for promoting collaborative efforts among health agencies and organizations with mutual interests.
4. Facilitate collaborative training efforts among health agencies and organizations.

Responsibility VI – Acting as a Resource Person in Health Education

Competency A: Utilize computerized health information retrieval systems effectively.

Sub-competency:

1. Match an information need with the appropriate retrieval system.
2. Access principal on-line and other database health information resources.
3. Select a data system commensurate with program needs.
4. Determine relevance of various computerized health information resources.
5. Assist in establishing and monitoring policies for use of data-gathering practices.

Competency B: Establish effective consultative relationships with those requesting assistance in solving health-related problems.

Sub-competency:

1. Analyze parameters of effective consultative relationships.
2. Describe special skills and abilities needed by health educators for consultation activities.
3. Formulate a plan for providing consultation to other health professionals.
4. Explain the process of marketing health education consultative services.
5. Apply networking skills to develop and maintain consultative relationships.

Competency C: Interpret and respond to requests for health information.

Sub-competency:

1. Analyze general processes for identifying the information needed to satisfy a request.
2. Employ a wide range of approaches in referring requesters to valid sources of health information.

Competency D: Select effective educational resource materials for dissemination.

Sub-competency:

1. Assemble educational material of value to the health of individuals and community groups.
2. Evaluate the worth and applicability of resource materials for given audiences.
3. Apply various processes in the acquisition of resource materials.
4. Compare different methods for distributing educational materials.
5. Apply communication theory and principles in the development of health education materials.

Responsibility VII – Communicating Health and Health Education Needs, Concerns, and Resources

Competency A: Interpret concepts, purposes, and theories of health education.

Sub-competency:

1. Evaluate the state of the art of health education.
2. Analyze the foundations of the discipline of health education.
3. Describe major responsibilities of the health educator in the practice of health education.
4. Articulate the historical and philosophical bases of health education.

Competency B: Predict the impact of societal value systems on health education programs.

Sub-competency:

1. Investigate the social forces causing opposing viewpoints regarding health education needs and (concerns).
2. Employ a wide range of strategies for dealing with controversial health issues.
3. Analyze social, cultural, demographic and political factors that influence decision-makers.
4. Predict the future health education needs based upon societal changes.
5. Respond to challenges to health education programs.

Competency C: Select a variety of communication methods and techniques in providing health information.

Sub-competency:

1. Utilize a wide range of techniques for communicating health and health education information.
2. Demonstrate proficiency in communicating health information and health education needs.
3. Demonstrate both proficiency and accuracy in oral and written presentations.

4. Use culturally sensitive communication methods and techniques.

Competency D: Foster communication between health care providers and consumers.

Sub-competency:

1. Interpret the significance and implications of health care providers' messages to consumers.
2. Act as liaison between consumer groups and individuals and health care provider organizations.

Responsibility VIII – Apply Appropriate Research Principles and Methods in Health Education

Competency A: Conduct thorough reviews of literature.

Sub-competency:

1. Employ electronic technology for retrieving references.
2. Analyze references to identify those pertinent to selected health education issues or programs.
3. Select and critique sources of health information.
4. Evaluate the research design, methodology and findings from the literature.
5. Synthesize key information from the literature.

Competency B: Use appropriate qualitative and quantitative research methods.

Sub-competency:

1. Assess the merits and limitations of qualitative and quantitative research methods.
2. Apply qualitative and/or quantitative research methods in research designs.

Competency C: Apply research to health education practice.

Sub-competency:

1. Use appropriate research methods and designs in assessing needs.
2. Use information derived from research for program planning.
3. Select implementation strategies based upon research results.
4. Employ research design, methods, and analysis in program evaluation.
5. Describe how research results inform health policy development.
6. Use research results to inform health policy development.
7. Use protocol for dissemination of research findings.

Responsibility IX – Administering Health Education Programs

Competency A: Develop and manage fiscal resources.

Sub-competency:

1. Prepare proposals to obtain fiscal resources through grants, contracts, and other internal and external sources.
2. Develop and manage realistic budgets to support program requirements.

Competency B: Develop and manage human resources.

Sub-competency:

1. Assess and communicate qualifications of personnel needed for programs.
2. Recruit, employ, and evaluate staff members.
3. Provide staff development.
4. Demonstrate leadership in managing human resources.
5. Apply human resource policies consistent with relevant laws and regulations.

Competency C: Exercise organizational leadership.

6. Analyze the organization's culture in relationship to program goals.
7. Assess the political climate of the organization, community, state and nation regarding conditions that advance or inhibit the goals of the program.
8. Conduct long-range and strategic planning.
9. Develop strategies to reinforce or change organizational culture to achieve program goals.
10. Develop strategies to influence public policy.

Competency D: Obtain acceptance and support for programs.

Sub-competency:

1. Apply social marketing principals and techniques to achieve program goals.
2. Employ concepts and theories of public relations and communications to obtain program support.
3. Incorporate demographically and culturally sensitive techniques to promote programs.
4. Use needs assessment information to advocate for health education programs.

Responsibility X – Advancing the Profession of Health Education

Competency A: Provide a critical analysis of current and future needs in health education.

Sub-competency:

1. Relate health education issues to larger social issues.
2. Articulate health education's role in policy formation at various organizational and community levels.

Competency B: Assume responsibility for advancing the profession.

1. Analyze the role of health education associations in advancing the profession.
2. Participate in professional organizations.
3. Develop a personal plan for professional growth.

Competency C: Apply ethical principles as they relate to the practice of health education.

Sub-competency:

1. Analyze the interrelationships among ethics, values, and behavior.
2. Relate the importance of a code of ethics to professional practice.
3. Subscribe to a professionally recognized health education code of ethics.

Fonte: <http://www.va-ajhs.com/competencies.aspx>

ANEXO II

Áreas de Responsabilidade, Competências e Sub-competências de um Especialista em Educação para a Saúde

Areas of Responsibilities, Competencies, and Sub-competencies for the Health Education Specialists 2010

The Seven Areas of Responsibility contain a comprehensive set of Competencies and Sub-competencies defining the role of the health education specialist. These Responsibilities were verified through the 2010 Health Educator Job Analysis Project and serve as the basis of the CHES exam beginning in April 2011 and the MCHES exam in October 2011. The Sub-competencies shaded are advanced-level only and will not be included in the entry-level, CHES examination. However the advanced-level Sub-competencies will be included in the October 2011 MCHES examination.

Area of Responsibility I:

ASSESS NEEDS, ASSETS AND CAPACITY FOR HEALTH EDUCATION

COMPETENCY 1.1. Plan Assessment Process

- 1.1.1 Identify existing and needed resources to conduct assessments
- 1.1.2 Identify stakeholders to participate in the assessment process
- 1.1.3 Apply theories and models to develop assessment strategies
- 1.1.4 Develop plans for data collection, analysis, and interpretation
- 1.1.5 Engage stakeholders to participate in the assessment process
- 1.1.6 Integrate research designs, methods, and instruments into assessment plan

COMPETENCY 1.2: Access Existing Information and Data Related to Health

- 1.2.1. Identify sources of data related to health
- 1.2.2. Critique sources of health information using theory and evidence from the literature
- 1.2.3. Select valid sources of information about health
- 1.2.4. Identify gaps in data using theories and assessment models
- 1.2.5. Establish collaborative relationships and agreements that facilitate access to data
- 1.2.6. Conduct searches of existing databases for specific health-related data

COMPETENCY 1.3: Collect Quantitative and/or Qualitative Data Related to Health

- 1.3.1. Collect primary and/or secondary data
- 1.3.2. Integrate primary data with secondary data
- 1.3.3. Identify data collection instruments and methods
- 1.3.4. Develop data collection instruments and methods
- 1.3.5. Train personnel and stakeholders regarding data collection

- 1.3.6 Use data collection instruments and methods
- 1.3.7 Employ ethical standards when collecting data

COMPETENCY 1.4: Examine Relationships Among Behavioral, Environmental and Genetic Factors That Enhance or Compromise Health

- 1.4.1. Identify factors that influence health behaviors
- 1.4.2. Analyze factors that influence health behaviors
- 1.4.3. Identify factors that enhance or compromise health
- 1.4.4. Analyze factors that enhance or compromise health

COMPETENCY 1.5: Examine Factors That Influence the Learning Process

- 1.5.1. Identify factors that foster or hinder the learning process
- 1.5.2. Analyze factors that foster or hinder the learning process
- 1.5.3. Identify factors that foster or hinder attitudes and belief
- 1.5.4. Analyze factors that foster or hinder attitudes and beliefs
- 1.5.5 Identify factors that foster or hinder skill building
- 1.5.6 Analyze factors that foster or hinder skill building

COMPETENCY 1.6: Examine Factors That Enhance or Compromise the Process of Health Education

- 1.6.1. Determine the extent of available health education programs, interventions, and policies
- 1.6.2. Assess the quality of available health education programs, interventions, and policies
- 1.6.3. Identify existing and potential partners for the provision of health education
- 1.6.4. Assess social, environmental, and political conditions that may impact health education
- 1.6.5. Analyze the capacity for developing needed health education
- 1.6.6. Assess the need for resources to foster health education

COMPETENCY 1.7: Infer Needs for Health Education Based on Assessment Findings

- 1.7.1. Analyze assessment findings
- 1.7.2. Synthesize assessment findings
- 1.7.3. Prioritize health education needs
- 1.7.4. Identify emerging health education needs
- 1.7.5. Report assessment findings

Area of Responsibility II:

PLAN HEALTH EDUCATION

COMPETENCY 2.1: Involve Priority Populations and Other Stakeholders in the Planning Process

- 2.1.1. Incorporate principles of community organization
- 2.1.2. Identify priority populations and other stakeholders
- 2.1.3. Communicate need for health education to priority populations and other stakeholders
- 2.1.4. Develop collaborative efforts among priority populations and other stakeholders
- 2.1.5. Elicit input from priority populations and other stakeholders

2.1.6. Obtain commitments from priority populations and other stakeholders

COMPETENCY 2.2: Develop Goals and Objectives

2.2.1 Use assessment results to inform the planning process

2.2.2 Identify desired outcomes utilizing the needs assessment results

2.2.3 Select planning model(s) for health education

2.2.4 Develop goal statements

2.2.5 Formulate specific, measurable, attainable, realistic, and time-sensitive objectives

2.2.6 Assess resources needed to achieve objectives

COMPETENCY 2.3: Select or Design Strategies and Interventions

2.3.1 Assess efficacy of various strategies to ensure consistency with objectives

2.3.2 Design theory-based strategies and interventions to achieve stated objectives

2.3.3 Select a variety of strategies and interventions to achieve stated objectives

2.3.4 Comply with legal and ethical principles in designing strategies and interventions

2.3.5 Apply principles of cultural competence in selecting and designing strategies and interventions

2.3.6 Pilot test strategies and interventions

COMPETENCY 2.4: Develop a Scope and Sequence for the Delivery of Health Education

2.4.1 Determine the range of health education needed to achieve goals and objectives

2.4.2 Select resources required to implement health education

2.4.3 Use logic models to guide the planning process

2.4.4 Organize health education into a logical sequence

2.4.5 Develop a timeline for the delivery of health education

2.4.6 Analyze the opportunity for integrating health education into other programs

2.4.7 Develop a process for integrating health education into other programs

COMPETENCY 2.5: Address Factors That Affect Implementation

2.5.1 Identify factors that foster or hinder implementation

2.5.2 Analyze factors that foster or hinder implementation

2.5.3 Use findings of pilot to refine implementation plans as needed

2.5.4 Develop a conducive learning environment

Area of Responsibility III:

IMPLEMENT HEALTH EDUCATION

COMPETENCY 3.1: Implement a Plan of Action

3.1.1 Assess readiness for implementation

3.1.2 Collect baseline data

3.1.3 Use strategies to ensure cultural competence in implementing health education plans

3.1.4 Use a variety of strategies to deliver a plan of action

3.1.5 Promote plan of action

3.1.6 Apply theories and models of implementation

3.1.7 Launch plan of action

COMPETENCY 3.2: Monitor Implementation of Health Education

- 3.2.1 Monitor progress in accordance with timeline
- 3.2.2 Assess progress in achieving objectives
- 3.2.3 Modify plan of action as needed
- 3.2.4 Monitor use of resources
- 3.2.5 Monitor compliance with legal and ethical principles

COMPETENCY 3.3: Train Individuals Involved in Implementation of Health Education

- 3.3.1 Select training participants needed for implementation
- 3.3.2 Identify training needs
- 3.3.3 Develop training objectives
- 3.3.4 Create training using best practices
- 3.3.5 Demonstrate a wide range of training strategies
- 3.3.6 Deliver training
- 3.3.7 Evaluate training
- 3.3.8 Use evaluation findings to plan future training

Area of Responsibility IV:

CONDUCT EVALUATION AND RESEARCH RELATED TO HEALTH EDUCATION

COMPETENCY 4.1: Develop Evaluation/Research Plan

- 4.1.1 Create purpose statement
- 4.1.2 Develop evaluation/research questions
- 4.1.3 Assess feasibility of conducting evaluation/research
- 4.1.4 Critique evaluation and research methods and findings found in the related literature
- 4.1.5 Synthesize information found in the literature
- 4.1.6 Assess the merits and limitations of qualitative and quantitative data collection for evaluation
- 4.1.7 Assess the merits and limitations of qualitative and quantitative data collection for research
- 4.1.8 Identify existing data collection instruments
- 4.1.9 Critique existing data collection instruments for evaluation
- 4.1.10 Critique existing data collection instruments for research
- 4.1.11 Create a logic model to guide the evaluation process
- 4.1.12 Develop data analysis plan for evaluation
- 4.1.13 Develop data analysis plan for research
- 4.1.14 Apply ethical standards in developing the evaluation/research plan

COMPETENCY 4.2: Design Instruments to Collect

- 4.2.1 Identify useable questions from existing instruments
- 4.2.2 Write new items to be used in data collection for evaluation
- 4.2.3 Write new items to be used in data collection for research
- 4.2.4 Establish validity of data collection instruments
- 4.2.5 Establish reliability of data collection instruments

COMPETENCY 4.3: Collect and Analyze Evaluation/Research Data

- 4.3.1 Collect data based on the evaluation/research plan
- 4.3.2 Monitor data collection and management
- 4.3.3 Analyze data using descriptive statistics
- 4.3.4 Analyze data using inferential and/or other advanced statistical methods
- 4.3.5 Analyze data using qualitative methods
- 4.3.6 Apply ethical standards in collecting and analyzing data

COMPETENCY 4.4: Interpret Results of the Evaluation/Research

- 4.4.1 Compare results to evaluation/research questions
- 4.4.2 Compare results to other findings
- 4.4.3 Propose possible explanations of findings
- 4.4.4 Identify possible limitations of findings
- 4.4.5 Develop recommendations based on results

COMPETENCY 4.5: Apply Findings From Evaluation/Research

- 4.5.1 Communicate findings to stakeholders
- 4.5.2 Evaluate feasibility of implementing recommendations from evaluation
- 4.5.3 Apply evaluation findings in policy analysis and program development
- 4.5.4 Disseminate research findings through professional conference presentations

*Area of Responsibility V:***ADMINISTER AND MANAGE HEALTH EDUCATION****COMPETENCY 5.1: Manage Fiscal Resources**

- 5.1.1 Identify fiscal and other resources
- 5.1.2 Prepare requests/proposals to obtain fiscal resources
- 5.1.3 Develop budgets to support health education efforts
- 5.1.4 Manage program budgets
- 5.1.5 Prepare budget reports
- 5.1.6 Demonstrate ethical behavior in managing fiscal resources

COMPETENCY 5.2: Obtain Acceptance and Support for Programs

- 5.2.1 Use communication strategies to obtain program support
- 5.2.2 Facilitate cooperation among stakeholders responsible for health education
- 5.2.3 Prepare reports to obtain and/or maintain program support
- 5.2.4 Synthesize data for purposes of reporting
- 5.2.5 Provide support for individuals who deliver professional development opportunities
- 5.2.6 Explain how program goals align with organizational structure, mission, and goals

COMPETENCY 5.3: Demonstrate Leadership

- 5.3.1 Conduct strategic planning
- 5.3.2 Analyze an organization's culture in relationship to health education goals
- 5.3.3 Promote collaboration among stakeholders
- 5.3.4 Develop strategies to reinforce or change organizational culture to achieve health education goals
- 5.3.5 Comply with existing laws and regulations
- 5.3.6 Adhere to ethical standards of the profession
- 5.3.7 Facilitate efforts to achieve organizational mission

- 5.3.8 Analyze the need for a systems approach to change
- 5.3.9 Facilitate needed changes to organizational cultures

COMPETENCY 5.4: Manage Human Resources

- 5.4.1 Develop volunteer opportunities
- 5.4.2 Demonstrate leadership skills in managing human resources
- 5.4.3 Apply human resource policies consistent with relevant laws and regulations
- 5.4.4 Evaluate qualifications of staff and volunteers needed for programs
- 5.4.5 Recruit volunteers and staff
- 5.4.6 Employ conflict resolution strategies
- 5.4.7 Apply appropriate methods for team development
- 5.4.8 Model professional practices and ethical behavior
- 5.4.9 Develop strategies to enhance staff and volunteers' career development
- 5.4.10 Implement strategies to enhance staff and volunteers' career development
- 5.4.11 Evaluate performance of staff and volunteers

COMPETENCY 5.5: Facilitate Partnerships in Support of Health Education

- 5.5.1 Identify potential partner(s)
- 5.5.2 Assess capacity of potential partner(s) to meet program goals
- 5.5.3 Facilitate partner relationship(s)
- 5.5.4 Elicit feedback from partner(s)
- 5.5.5 Evaluate feasibility of continuing partnership

Area of Responsibility VI:

SERVE AS A HEALTH EDUCATION RESOURCE PERSON

COMPETENCY 6.1: Obtain and Disseminate Health-Related Information

- 6.1.1 Assess information needs
- 6.1.2 Identify valid information resources
- 6.1.3 Critique resource materials for accuracy, relevance, and timeliness
- 6.1.4 Convey health-related information to priority populations
- 6.1.5 Convey health-related information to key stakeholders

COMPETENCY 6.2: Provide Training

- 6.2.1. Analyze requests for training
- 6.2.2 Prioritize requests for training
- 6.2.3 Identify priority populations
- 6.2.4 Assess needs for training
- 6.2.5 Identify existing resources that meet training needs
- 6.2.6 Use learning theory to develop or adapt training programs
- 6.2.7 Develop training plan
- 6.2.8 Implement training sessions and programs
- 6.2.9 Use a variety of resources and strategies
- 6.2.10 Evaluate impact of training programs

COMPETENCY 6.3: Serve as a Health Education Consultant

- 6.3.1 Assess needs for assistance
- 6.3.2 Prioritize requests for assistance
- 6.3.3 Define parameters of effective consultative relationships
- 6.3.4 Establish consultative relationships

- 6.3.5 Provide expert assistance
- 6.3.6 Facilitate collaborative efforts to achieve program goals
- 6.3.7 Evaluate the effectiveness of the expert assistance provided
- 6.3.8 Apply ethical principles in consultative relationships

Area of Responsibility VII:

COMMUNICATE AND ADVOCATE FOR HEALTH AND HEALTH EDUCATION

COMPETENCY 7.1: Assess and Prioritize Health Information and Advocacy Needs

- 7.1.1 Identify current and emerging issues that may influence health and health education
- 7.1.2 Access accurate resources related to identified issues
- 7.1.3 Analyze the impact of existing and proposed policies on health
- 7.1.4 Analyze factors that influence decision-makers

COMPETENCY 7.2: Identify and Develop a Variety of Communication Strategies, Methods, and Techniques

- 7.2.1 Create messages using communication theories and models
- 7.2.2 Tailor messages to priority populations
- 7.2.3 Incorporate images to enhance messages
- 7.2.4 Select effective methods or channels for communicating to priority populations
- 7.2.5 Pilot test messages and delivery methods with priority populations
- 7.2.6 Revise messages based on pilot feedback.

COMPETENCY 7.3: Deliver Messages Using a Variety of Strategies, Methods and Techniques

- 7.3.1 Use techniques that empower individuals and communities to improve their health
- 7.3.2 Employ technology to communicate to priority populations
- 7.3.3 Evaluate the delivery of communication strategies, methods, and techniques

COMPETENCY 7.4: Engage in Health Education Advocacy

- 7.4.1 Engage stakeholders in advocacy
- 7.4.2 Develop an advocacy plan in compliance with local, state, and/or federal policies and procedures
- 7.4.3 Comply with organizational policies related to participating in advocacy
- 7.4.4 Communicate the impact of health and health education on organizational and socio-ecological factors
- 7.4.5 Use data to support advocacy messages
- 7.4.6 Implement advocacy plans
- 7.4.7 Incorporate media and technology in advocacy
- 7.4.8 Participate in advocacy initiatives
- 7.4.9 Lead advocacy initiatives
- 7.4.10 Evaluate advocacy efforts

COMPETENCY 7.5: Influence Policy to Promote Health

- 7.5.1 Use evaluation and research findings in policy analysis
- 7.5.2 Identify the significance and implications of health policy for individuals, groups, and communities
- 7.5.3 Advocate for health-related policies, regulations, laws, or rules
- 7.5.4 Use evidence-based research to develop policies to promote health

7.5.5 Employ policy and media advocacy techniques to influence decision-makers

COMPETENCY 7.6: Promote the Health Education Profession

7.6.1 Develop a personal plan for professional growth and service

7.6.2 Describe state-of-the-art health education practice

7.6.3 Explain the major responsibilities of the health education specialist in the practice of health education

7.6.4 Explain the role of health education associations in advancing the profession

7.6.5 Explain the benefits of participating in professional organizations

7.6.6 Facilitate professional growth of self and others

7.6.7 Explain the history of the health education profession and its current and future implications for professional practice

7.6.8 Explain the role of credentialing in the promotion of the health education profession

7.6.9 Engage in professional development activities

7.6.10 Serve as a mentor to others

7.6.11 Develop materials that contribute to the professional literature

7.6.12 Engage in service to advance the health education profession

Fonte: National Commission for Health Education Credentialing, Inc. (NCHEC), Society for Public Health Education (SOPHE), American Association for Health Education (AAHE). (2010a). *A competency-based framework for health education specialists - 2010*. White hall, PA: Author.

ANEXO III

Guião da Entrevista e Caracterização do Participante

CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

N.º _____
Data ____/____/____

- A. Profissão _____
- B. Idade ____anos
- C. Género ☐ Masculino ☐ Feminino
- D. Tempo de exercício profissional _____ anos
- E. Locais onde exerceu funções _____
- F. Tempo profissional no local atual _____
- G. Formação académica ☐ Bacharelato
☐ Licenciatura
☐ Mestrado
☐ Doutoramento
☐ Outra: _____
- H. Atividade Física Regular ☐ Sim ☐ Não
- a. Se sim, qual _____

GUIÃO DA ENTREVISTA

1. Na sua opinião, o que é para si, *Saúde*?
2. Na sua opinião, o que é *Educar para a Saúde*?
3. O que considera ser um *Educador de Saúde*?
4. Considera-se um *Educador de Saúde* na sua profissão? Porquê?
5. Sente falta de formação específica na área?
6. Quais as principais características e competências de um *Educador de Saúde*?
7. Quais as principais funções de um *Educador de Saúde*?
8. Considera que o papel de *Educador de Saúde* deveria ser delegado para uma profissão específica? (Considera pertinente ou necessária a formação profissional específica de *Educadores de Saúde*?) Porquê?
9. Na escala de 1 a 5 qual a importância que daria à Educação para a Saúde na sua profissão? Porquê? (5-extremamente importante; 4-muito importante; 3- importante; 2-pouco importante; 1-nada importante)

OBRIGADA pelo tempo e disponibilidade!

ANEXO IV

Pedidos de Autorização às Instituições para Realização do Estudo

Lisboa, 21 Outubro de 2011

Exma. Sr.^a Presidente do Conselho Executivo

O meu nome é Hélia Gabriel, sou Enfermeira a exercer funções no Hospital Curry Cabral, em Lisboa, e mestranda do 2º ano do Mestrado em Ciências da Educação – Especialidade de Educação para a Saúde, na Universidade Técnica de Lisboa – Faculdade de Motricidade Humana.

No âmbito da Dissertação de Mestrado que estou a elaborar, e sendo a área da Educação para a Saúde primordial para a manutenção da saúde das populações e prevenção da sua doença, considerei pertinente e relevante estudar a necessidade da existência de um profissional de *Educador de Saúde* - realidade já existente em países com o Brasil e E.U.A. - na opinião de Docentes e Não Docentes.

Assim, o objetivo geral do estudo é **conhecer a opinião de docentes, não docentes e profissionais de saúde relativamente à formação profissional e específica de Educadores de Saúde**, tendo sido delineados como objetivos específicos:

- ✓ conhecer a definição que docentes, não docentes os profissionais de saúde têm do conceito de *educador de saúde*;
- ✓ nomear as principais competências e características de um educador de saúde na opinião dos docentes, não docentes e profissionais de saúde;
- ✓ nomear as principais funções inerentes a um educador de saúde na opinião dos profissionais de saúde, docentes e não docentes;
- ✓ identificar se os docentes, não docentes e profissionais de saúde se consideram educadores de saúde na sua prática profissional;
- ✓ saber se os docentes, não docentes e profissionais de saúde consideram necessária a existência de um grupo profissional de educadores de saúde.

Assim sendo, venho por este meio pedir a autorização de V.^a Excelência para a colheita de dados aos Docentes e Não Docentes que exercem funções nesta Escola, colheita esta a ser realizada através de entrevista. Garanto, sob compromisso de honra, que todos os dados serão tratados de forma anónima.

Agradeço desde já a colaboração e disponibilidade

Com os mais respeitosos cumprimentos

Atenciosamente

Lisboa, 7 de Dezembro de 2011

Exmo. Sr. Coordenador da UCSP Dr. Renato Fortes

O meu nome é Hélia Gabriel, sou Enfermeira a exercer funções no Hospital Curry Cabral, em Lisboa, e mestranda do 2º ano do Mestrado em Ciências da Educação – Especialidade de Educação para a Saúde, na Universidade Técnica de Lisboa – Faculdade de Motricidade Humana.

No âmbito da Dissertação de Mestrado que estou a elaborar, e sendo a área da Educação para a Saúde primordial para a manutenção da saúde das populações e prevenção da sua doença, considerei pertinente e relevante estudar a necessidade da existência de um profissional de *Educador de Saúde* - realidade já existente em países com o Brasil e E.U.A. - na opinião de Docentes e Não Docentes.

Assim, o objetivo geral do estudo é **conhecer a opinião de docentes, não docentes e profissionais de saúde relativamente à formação profissional e específica de Educadores de Saúde**, tendo sido delineados como objetivos específicos:

- ✓ conhecer a definição que docentes, não docentes os profissionais de saúde têm do conceito de *educador de saúde*;
- ✓ nomear as principais competências e características de um educador de saúde na opinião dos docentes, não docentes e profissionais de saúde;
- ✓ nomear as principais funções inerentes a um educador de saúde na opinião dos profissionais de saúde, docentes e não docentes;
- ✓ identificar se os docentes, não docentes e profissionais de saúde se consideram educadores de saúde na sua prática profissional;
- ✓ saber se os docentes, não docentes e profissionais de saúde consideram necessária a existência de um grupo profissional de educadores de saúde.

Assim sendo, venho por este meio pedir a autorização de V.^a Excelência para a colheita de dados aos Docentes e Não Docentes que exercem funções nesta Escola, colheita esta a ser realizada através de entrevista. Garanto, sob compromisso de honra, que todos os dados serão tratados de forma anónima.

Agradeço desde já a colaboração e disponibilidade

Com os mais respeitosos cumprimentos

Atenciosamente

Lisboa, 7 de Dezembro de 2011

Exmo. Sr. Coordenador da UCSP Peniche – Atouguia

O meu nome é Hélia Gabriel, sou Enfermeira a exercer funções no Hospital Curry Cabral, em Lisboa, e mestranda do 2º ano do Mestrado em Ciências da Educação – Especialidade de Educação para a Saúde, na Universidade Técnica de Lisboa – Faculdade de Motricidade Humana.

No âmbito da Dissertação de Mestrado que estou a elaborar, e sendo a área da Educação para a Saúde primordial para a manutenção da saúde das populações e prevenção da sua doença, considerei pertinente e relevante estudar a necessidade da existência de um profissional de *Educador de Saúde* - realidade já existente em países com o Brasil e E.U.A. - na opinião de Docentes e Não Docentes.

Assim, o objetivo geral do estudo é **conhecer a opinião de docentes, não docentes e profissionais de saúde relativamente à formação profissional e específica de Educadores de Saúde**, tendo sido delineados como objetivos específicos:

- ✓ conhecer a definição que docentes, não docentes os profissionais de saúde têm do conceito de *educador de saúde*;
- ✓ nomear as principais competências e características de um educador de saúde na opinião dos docentes, não docentes e profissionais de saúde;
- ✓ nomear as principais funções inerentes a um educador de saúde na opinião dos profissionais de saúde, docentes e não docentes;
- ✓ identificar se os docentes, não docentes e profissionais de saúde se consideram educadores de saúde na sua prática profissional;
- ✓ saber se os docentes, não docentes e profissionais de saúde consideram necessária a existência de um grupo profissional de educadores de saúde.

Assim sendo, venho por este meio pedir a autorização de V.^a Excelência para a colheita de dados aos Docentes e Não Docentes que exercem funções nesta Escola, colheita esta a ser realizada através de entrevista. Garanto, sob compromisso de honra, que todos os dados serão tratados de forma anónima.

Agradeço desde já a colaboração e disponibilidade

Com os mais respeitosos cumprimentos

Atenciosamente

ANEXO V

Formulário de Consentimento Informado para Realização da Entrevista

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Estudo “*Profissão: Educador de Saúde - Formação profissional e específica de Educadores de Saúde*”

Eu, abaixo assinado(a), compreendi a explicação que me foi fornecida da investigação que se tenciona realizar, para a qual é pedida a minha participação. Foi-me dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e para todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação que me foi prestada versou os objetivos, métodos, benefícios previstos, riscos potenciais e o eventual desconforto.

Compreendo que a entrevista será gravada e posteriormente transcrita e que participarei gratuitamente, sendo-me garantido o anonimato e confidencialidade das informações cedidas. Fui informado/a que a entrevista é inteiramente voluntária e que mesmo depois do seu início posso recusar-me a responder a qualquer questão específica ou decidir pela interrupção da entrevista em qualquer ponto. Sei que ao recusar não haverá qualquer prejuízo daí decorrente para mim.

Foi-me dado todo o tempo que necessitei para refletir sobre esta proposta de participação.

Nestas circunstâncias, decido livremente aceitar participar nesta investigação, tal como me foi apresentada pela investigadora.

Data ____/____/____

Assinatura do Participante _____

A Investigadora Responsável _____

ANEXO VI

Caracterização da Amostra do estudo

Caracterização da Amostra

	Profissão	Idade	Gênero	Anos Profissão	Locais de exercício profissional	Tempo local atu	Grau acadêmico	Atividade Física
1	AAE	47	Fem.	29	Escolas Sec. e Básica	16	12º ano	Não
2	Prof. E.F.	42	Fem.	20	Escolas Sec. e Básica	20	Mestrado	Sim; Ginásio
3	AAE	45	Fem.	8	Escolas Primária e Sec.	8	7º ano	Sim; Ginásio
4	Prof. E.F.	45	Masc.	21	Escolas Sec. e Faculdade	10	Mestrado	Sim; Ginásio
5	Prof. Portug.	31	Fem.	8	Escolas Básicas	0,083	Licenciatura	Sim; Ginásio
6	Prof. Ciências	33	Fem.	10	Escolas Básicas	1	Mestrado	Não
7	Prof. E.V.T.	40	Masc.	12	Escolas Básicas	0,083	Licenciatura	Não
8	Prof. F.Cívica	41	Fem.	18	Escolas Sec. E Básicas	3	Licenciatura	Sim; Ginásio
9	Prof. F. Cívica	32	Fem.	10	Escolas Básicas	3	Licenciatura	Não
10	Prof. Geografia	47	Masc.	25	Escolas Básicas	18	Licenciatura	Sim; Corrida e Ciclismo
11	AAE	41	Fem.	1 mês	Restauração	0,083	9º ano	Sim; Corrida
12	AAE	55	Fem.	7	Escolas Sec. e Básica	4	7º ano	Não
13	AAE	48	Fem.	27	Escolas Sec. e Básica	27	9º ano	Não
14	AAE	40	Fem.	12	Escola Básica	12	12º ano	Sim; Natação
15	AAE	42	Fem.	15	Escola Básica	15	12º ano	Não
16	AAE	53	Fem.	17	Escola Básica	6	9º ano	Não
17	Prof. Ciências	58	Fem.	31	Escolas Sec. e Básicas	15	Licenciatura	Sim; Hidroginástica e Pilates
18	Prof. E. F.	60	Masc.	33	Escolas Básicas	30	Licenciatura	Sim; Corrida e Ginásio
19	AAE	35	Fem.	21	Escolas Básicas	0,25	9º ano	Não
20	Prof. E.F.	42	Fem.	17	Escolas Sec. e Básicas	8	Licenciatura	Não
21	AAE	53	Fem.	14	Escola Básica	13	4º ano	Não
22	Enfermeiro	51	Masc.	21	Hospital/C.S.	20	Licenciatura	Não
23	Enfermeira	47	Fem.	23	Hospital/C.S.	12	Mestrado/Especial.	Não
24	Médica	55	Fem.	31	Hospital/C.S.	26	Licenciatura	Não
25	Médico	53	Masc.	28	Hospital/C.S.	15	Licenciatura	Não
26	Médica	29	Fem.	4	Hospital/Clinica	0,58	Licenciatura	Não
27	Médico	62	Masc.	31	Hospital/C.S.	31	Licenciatura	Sim; Ginásio e caminhadas
28	Enfermeira	26	Fem.	1	C.S.	0,75	Licenciatura	Não
29	Enfermeira	24	Fem.	2	C.S.	2	Licenciatura	Não
30	Enfermeira	25	Fem.	2	C.S.	2	Licenciatura	Não
31	Enfermeira	38	Fem.	11	C.S.	6	Mestrado	Sim; Caminhada
32	Médico	51	Masc.	33	C.S.	30	Mestrado	Não
33	Enfermeiro	57	Masc.	35	C.S.	30	Licenciatura	Não
34	Médico	57	Masc.	30	Hospital/C.S.	25	Mestrado	Não
35	Médica	29	Fem.	3	Hospital/C.S.	2	Licenciatura	Sim; Ginástica
36	Médico	29	Masc.	2	C.S.	1	Licenciatura	Sim; Ginásio+jogging
37	Médica	51	Fem.	20	Hospital/C.S.	11	Licenciatura	Sim; Ginásio
38	Enfermeira	32	Fem.	10	Hospital	8	Mestrado	Não
39	Enfermeira	32	Fem.	11	Hospital/C.S.	7	Mestrado	Não